FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 25 de Setembro de 1906

PARA SER DEFENDIDA

POR

JERONYMO SODRÉ PEREIRA FILHO

BRAZILEIRO (NATURAL DA FRANÇA)

EX-INTERNO DO HOSPITAL DE PESTOSOS (1904-1905; 1905-1906)

Ex-Interno da 1.ª Cadeira de Clinica Cirurgica

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

PNEUMONIA PESTOSA

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do Curso
de Sciencias Medicas e Cirurgicas

BAHIA
OFFICINAS DOS DOIS MUNDOS
35—Rua Conselheiro Saraiva—35

1906

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

Em 25 de Setembro de 1906

PARA SER DEFENDIDA

POR

JERONYMO SODRÉ PEREIRA FILHO

BRAZILEIRO (NATURAL DA FRANÇA)

EX-INTERNO DO HOSPITAL DE PESTOSOS (1904-1905; 1905-1906)

Ex-Interno da 1.ª Cadeira de Clinica Cirurgica

AFIM DE OBTER O GRÁO

DE

DOUTOR EM MEDICINA

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA MEDICA

PNEUMONIA PESTOSA

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras do Curso
de Sciencias Medicas e Cirurgicas

BAHIA
OFFICINAS DOS DOIS MUNDOS
35—Rua Conselheiro Saraiva—35

1906

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — Dr. ALFREDO BRITTO

VICE-DIRECTOR — Dr. MANOEL JOSÉ DE ARAUJO

LENTES

OS DRS.:	MATERIAS QUE LECCIONAM:
1.ª SECÇÃO	
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva
Carlos Freitas	Anatomia medico-cirurgica
2.ª SECÇÃO	
Antonio Pacifico Pereira	Histologia
Augusto Cezar Vianna	Bacteriologia
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Physiologia pathologicas
3.ª SECÇÃO	
Manoel José de Araujo	Physiologia
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Therapeutica
4.ª SECÇÃO	
. . . .	Medicina legal e Toxicologia
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene
5.ª SECÇÃO	
Braz Hermenegildo do Amaral	Pathologia cirurgica
Fortunato Augusto da Silva	Operações e apparelhos
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica (1.ª cadeira)
Ignacio Monteiro de Almeida Gouveia	Clinica cirurgica (2.ª cadeira)
6.ª SECÇÃO	
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica
Alfredo Britto	Clinica propedeutica
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica (1.ª cadeira)
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica (2.ª cadeira)
7.ª SECÇÃO	
José Rodrigues da Costa Dorea	Historia natural medica
Antonio Victorio de Araujo Falcão	Materia medica, Pharmacologia e Arte de formular
José Olympio de Azevedo	Chimica medica
8.ª SECÇÃO	
Deocleciano Ramos	Obstetricia
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica e gynecologica
9.ª SECÇÃO	
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica
10.ª SECÇÃO	
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologia
11.ª SECÇÃO	
Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica
12.ª SECÇÃO	
João Tillemont Fontes	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas
João Evangelista de Castro Cerqueira	Em disponibilidade.
Sebastião Cardoso	Em disponibilidade.

SUBSTITUTOS

OS DRS.:		OS DRS.:	
José Affonso de Carvalho (int.)	1.ª Secção	Pedro da Luz Carrascosa	7.ª Secção
Gonçalo Moniz Sodré de Aragão	2.ª »	José Julio Calazans	» »
Pedro Luiz Celestino	3.ª »	José Adeodato de Souza	8.ª »
Josino Correia Cotias	4.ª »	Alfredo Ferreira de Magalhães	9.ª »
Antonino B. dos Anjos (int.)	5.ª »	Clodoaldo de Andrade	10.ª »
João Americo Garcez Fróes	6.ª »	Albino A. da Silva Leitão (int.)	11.ª »

Dr. Luiz Pinto de Carvalho (interino) — 12.ª Secção

SECRETARIO — Dr. MENANDRO DOS REIS MEIRELLES

SUB-SECRETARIO — Dr. MATHEUS VAZ DE OLIVEIRA

DISSERTAÇÃO

PNEUMONIA PESTOSA

HISTORICO

Foi em 1896 que Childe, em Bombaim, impressionado pela grande quantidade de obitos determinados por affecções das vias respiratorias, durante uma epidemia de peste bubonica, imaginou que poderiam ser ellas causadas pelo germen da peste, então localisado no apparelho respiratorio.

D'ahi em diante foram feitas autopsias em todos os doentes mortos de febre, pneumonia ou qualquer molestia aguda, e, em um hindú, morto de broncho-pneumonia foi verificada, nos pequenos nucleos d'esta affecção, examinados ao microscopio, a presença de enorme quantidade de cocco-bacillos de Yersin. A cultura demonstrou a presença d'este germen no baço.

Não ficou só n'este caso a observação de Childe pois, em Abril de 1897, apresentava á Sociedade Medica de Bombaim, uma communicação na qual enumerava doze casos de pneumonia pestosa, entre os quaes figuravam os do Dr. Manser e de sua enfermeira.

Estas observações do medico inglez sobre a existencia da pneumonia pestosa, não podiam ser postas em duvida uma vez

que foram francamente provadas com as autopsias e com o exame bacteriologico, praticado em todos os casos de pneumonia suspeita.

O caso, já citado, da morte da enfermeira que tratava o Dr. MANSER não está sem semelhante.

Lembramo-nos do Dr. MÜLLER (de Vienna) morto de pneumonia pestosa, em tres dias, tendo contrahido a molestia quando tratava de um servente seu que se contaminara no laboratorio e que tambem falleceu de peste pneumonica.

A existencia da forma pneumonica da peste parece, segundo todos os tratadistas, tão antiga quanto a peste classica.

Nas descripções das mais remotas e celebres epidemias não se distingue a fórma pulmonar da peste, mas dos signaes e symptomas que se encontram relatados a sciencia moderna deduz que desde estes tempos existe a pneumonia pestosa.

Varios auctores se referem a uma fórma especial que tomou a notavel pandemia da Edade Media, em que muitos doentes eram atacados de tosse, escarros sanguinolentos, etc., symptomas que ás vezes precediam ao apparecimento dos bubões e outras vezes vinham ao depois.

A epidemia de peste de 1348 a 1350, segundo escrevem os auctores do tempo, forneceu frequentes casos em que havia hemoptyses e perturbações outras do apparelho respiratorio, principalmente nos primeiros mezes da epidemia.

CORRADI, no livro que escreveu sobre epidemias da Italia, diz que durante a peste de 1428, observaram-se casos de pneumonia, a julgar pelas descripções que nos deixaram os auctores da epocha.

Em varias outras invasões da peste, em diversos logares

e em differentes epochas, notaram-se symptomas que nos levam a crêr na occorrencia da pneumonia pestilenta. Assim temos a descripção de TOMMASI, da epidemia de 1528, no Val d'Elsa.

Eis um trecho d'esse auctor: «*Primis duobus mensibus fuit cum febre continua, maxima capitis gravite, sputo sanguineo et moriebantur infra tres dies*».

As epidemias de Gujerat e do Sindh, em 1815 e 1821, dão-nos muitos exemplos que parecem ser de pneumonia.

Os symptomas da peste do pulmão foram notados durante as epidemias de 1836 e 1838, tanto que se diz terem essas epidemias caracteres muitos differentes das observadas em outros logares.

Nas epidemias das regiões do Himalaya (Guhrwal e Kumaon), em muitas epochas de peste na Mesopotamia (1857—1866—1873—1874) na Assyria (1873—1874), no Turquestão (1876—1881—1882), na Russia Asiatica, na Persia, na Siberia Oriental e Mongolia a molestia tinha como caracteres principaes as manifestações thoracicas: dyspnéa, pontada do lado, escarros hemoptoicos, etc.

Recentemente, em todas as epidemias de peste havidas no mundo têm sido notados casos de pneumonia pestosa.

Na Russia, nas margens do Volga (Vetlianka) verificaram-se muitos casos de infecção pulmonar; em 1899, na aldeia de Kolobowka, tambem na Russia, houve uma erupção de peste em que, de vinte e quatro casos occorridos, dezesete se apresentaram sob a gravissima fórma pneumonica.

MATIGNON nos diz que no Norte da China (Mongolia) a peste se tem ultimamente apresentado mais sob a forma pneumonica.

As epidemias do Egypto (Alexandria) e de Portugal (Porto) dão-nos varios casos em que a peste se localisou no pulmão.

Na America do Sul, nos varios paizes em que a peste tem apparecido (Brazil, Republica Argentina, etc.) têm sido observados casos de pneumonia pestilenta, ainda que em numero muito pouco notavel.

A percentagem de enfermos de pneumonia è calculada em 10 °/₀ sobre o numero total dos atacados da infecção pestilencial.

Aqui na Bahia, de 178 doentes recolhidos ao Hospital de Isolamento, apenas 3 eram portadores da infecção das vias respiratorias, o que dá a percentagem diminuta de 1,68 °/₀

SYMPTOMATOLOGIA

A PNEUMONIA pestosa primitiva constitue uma das formas clinicas da peste sem bubões.

Inicia-se, em geral, por calafrio, vomitos, cephalalgia, tontura, dores vagas, sendo para notar que ás vezes póde faltar um ou mais d'estes symptomas prodromicos.

A tosse, que apparece em geral no segundo dia de molestia, havendo, porém, casos em que existe desde o começo do mal, é assás caracteristica: os accessos são muito frequentes, curtos, acompanhados de expectoração, que facilmente se dá.

Os escarros, muito abundantes, são expellidos sem esforço; são ordinariamente espumosos, de cor amarello-avermelhada, ás vezes vermelho escuro devido á presença de sangue, havendo casos citados em que se dão verdadeiras hemoptyses. O sangue dos escarros não apparece, em geral, no primeiro dia da molestia, e sim depois de decorridas vinte e quatro horas pouco mais ou menos.

Casos ha em que a expectoração, viscosa, é formada de

pequenas massas solidas, comparadas ao tecido de um bubão liquefeito.

Na pneumonia pestosa os escarros não possuem, conforme a maioria dos observadores a viscosidade e a cor de tijolo, que os caracterisam na pneumonia lobar.

Para ZABOLOTNY e WISSOKOVITZ doentes existem que absolutamente não têm tosse nem expectoração, constituindo este facto, segundo a sua opinião, uma differença clinica entre a pneumonia pestilenta e as pneumonias communs.

Nos escarros de um enfermo de peste do pulmão encontram-se enormes quantidades de germens do mal do Levante, associados ás vezes ao diplococcus de TALAMON e FRAENKEL, ao bacillo de FRIEDLANDER, ao bacillo da influenza, dando-se, porém, ás vezes, o facto dos cocco-bacillos de YERSIN formarem, nos esputos dos atacados de pneumonia, verdadeiras culturas puras.

As modificações da respiração constituem importantes symptomas da molestia. Sempre augmentado, o numero de movimentos respiratorios póde chegar a sessenta e até mais, por minuto, manifestando-se verdadeira orthopnéa, o que é de muito máo agouro.

O pulso accelerado (tachycardia) é facto que se observa desde o começo da molestia. Enfermos ha em que o pulso torna-se tão rapido, e n'estes casos tão pequeno, que difficilmente se poderá contar. O numero de batimentos por minuto é de cento e trinta a cento e cincoenta, podendo-se, ainda que raramente, e n'este caso com muita difficuldade, contar até duzentas pulsações em um minuto. Frequentemente, e ás vezes desde o inicio da molestia, nota-se o dicrotismo do pulso, mas muito raramente encontra-se a arythmia.

A temperatura no começo da infecção mostra-se elevada, ainda não se tendo, porém, observado as excessivas altas thermometricas (41°—42°), verificadas nas outras variedades clinicas da peste. A subida da temperatura dá-se bruscamente, notando-se as mais altas hyperthermias ao cahir da tarde e, ás vezes, durante a noite. Existem, em geral pela manhã, remissões mais ou menos accentuadas, podendo attingir dois gráos e mais, havendo casos em que se observa verdadeira hypothermia. Para temer será a existencia de hypothermia, com frequencia assignalavel do pulso.

Nos casos observados de altas temperaturas os doentes queixam-se de consideravel angustia cardiaca.

O herpes labial, encontrado em muitas molestias em que se nota a existencia de altas temperaturas, não apparece na pneumonia pestosa, a julgar pelo que dizem todos os auctores, n'isto accordes. A lingua é secca, muitas vezes coberta de enducto saburroso amarellado mais ou menos espesso. O halito é fétido, de odor sui-generis.

Os vomitos, que, como já dissemos, encontram-se no inicio do mal desapparecem e só em determinados casos são observados no correr da molestia.

A diarrhéa é phenomeno não raro verificado nos enfermos de pneumonia pestilenta.

As micções dão-se, na maioria dos casos, sem perturbação encontrando-se ás vezes, em exames praticados na urina, precipitado albuminoso.

A insomnia, que quando persistente nos faz prever sombrio prognostico, existe frequentemente. Por vezes encontram-se doentes que não conseguem conciliar o somno durante todo o

tempo da molestia; estes enfermos nunca resistem, succumbem sempre.

O delirio, furioso ou brando, é com frequencia observado na pneumonia pestilenta. Doentes há em que se torna necessario o emprego de meios mechanicos para contel-os, tal o estado de exacerbação em que se encontram; outros, porém, limitam-se ao delirio de palavras, tornando-se sobremodo loquazes, cantando, etc.

Ao delirio furioso e mesmo ao delirio brando, succede, como sóe sempre acontecer, um estado de torpor intellectual em que o paciente murmura phrases desconnexas e o mais das vezes incomprehensiveis.

O embaraço da palavra, em que o individuo falla como se estivesse embriagado é symptoma de ordinario encontrado em casos graves, podendo, entretanto observar-se em doentes que se restabelecem.

O estado geral dos doentes de tal enfermidade é, ás vezes, muito enganador: assim é que certos enfermos, apparentemente em bôas condições, succumbem rapidamente, por aggravação inesperada do mal.

O exame physico do thorax de um pestilento pneumonico nos faz notar a matidez, que se distribue de accordo com os fócos existentes no pulmão.

O murmurio respiratorio acha-se diminuido nos pontos correspondentes aos fócos, onde se póde escutar até a respiração bronchica.

Além do que fica dito, notam-se estertores crepitantes e sub-crepitantes, roncos, podendo-se, algumas vezes, observar attritos pleuraes.

Se a lesão occupa superficie vasta observaremos o sôpro e a bronchophonia, ainda que estes signaes se mostrem muito menos intensos do que na pneumonia fibrinosa.

A hypertrophia do baço tem sido geralmente affirmada pelos diversos auctores que do assumpto se occupam.

O figado tambem se encontra pela percussão ligeiramente augmentado.

As lesões são observadas, na maioria dos casos, nas regiões posteriores e inferiores de um ou dos dous pulmões, havendo, porém, casos em que se têm manifestado em outras partes do orgão.

Em doentes examinados pelo Dr. Adolpho Lutz, de São Paulo, as lesões estavam localisadas no vertice do pulmão, e o resultado da molestia foi fatal, tendo se dado a morte nas primeiras trinta e oito horas.

As lesões determinadas no apparelho respiratorio pelo germen da peste são consideradas, por todos os auctores, exactamente semelhantes ás da broncho-pneumonia.

O Dr. Valassopoulo, porém, cita dous casos por elle observados em Alexandria (Egypto) em que a peste do pulmão constituia uma verdadeira pneumonia, em tudo semelhante á pneumonia fibrinosa.

Attribue elle o facto á união dos pequenos nucleos compromettidos, formando um grande fóco, que apresentava todos os signaes de hepatisação em um lóbo quasi inteiro.

Hossach e Müller, este de Bombaim e aquelle de Calcuttá, descrevem uma fórma clinica da peste do pulmão um pouco differente da broncho-pneumonia typica. Apparece como

a pneumonia pestosa commum, mas fica por uns cinco ou dez dias sem demonstrar graves symptomas.

A auscultação indica no começo da molestia a existencia de raros estertores, e de fraca rudeza respiratoria em algumas zonas pulmonares. Dias depois fórma-se um fóco pneumonico, no vertice ou na base, a rudeza respiratoria augmenta consideravelmente e ouvem-se estertores crepitantes.

A tosse é branda e a expectoração se faz, sendo os esputos de aspecto muco-purulento, apresentando, por vezes, strias sanguinolentas.

A intelligencia nada soffre; não existe cephalalgia, a lingua mostra-se um pouco saburrosa.

A temperatura mantém-se entre 38° e 39°, havendo, como acontece na broncho-pneumonia pestilenta typica, bruscas exacerbações e abaixamentos.

Existem engorgitamentos ganglionares, que muito de costume só apparecem no fim da doença.

A morte, terminação mais commum da enfermidade, se dá no decimo dia, pouco mais ou menos.

A broncho-pneumonia pestosa classica tem a duração maxima de cinco até quinze dias.

É considerada fórma de peste muito excepcionalmente curavel.

A broncho-pneumonia pestosa secundaria, metastatica, é a que se apresenta no correr das outras fórmas da peste.

Quando declarada a sua symptomatologia em nada differe da que se observa na broncho-pneumonia pestilenta primitiva, e, como esta, é tambem de terminação quasi sempre fatal.

ANATOMIA PATHOLOGICA

Antes de encetarmos o estudo da anatomia pathologica da pneumonia pestosa seja-nos licito confessar que nada nosso se contém n'elle.

Por absoluta falta de meios deixamos de fazer autopsias, etc., com que poderiamos verificar *de visu* as alterações havidas nos cadaveres dos pneumonicos pestilentos por nós observados.

Limitamo-nos por isso a fazer uma ligeira compilação do que sobre o assumpto dizem varios auctores de nota.

O cadaver de um pestoso pneumonico não apresenta nada de particular. Como nas outras fórmas da peste, podem-se ver manchas ecchimoticas, de cor roxa escura, mais ou menos numerosas, esparsas em todo o corpo, principalmente no pescoço e no rosto.

O numero e a extensão d'essas hemorrhagias cutaneas têm variado conforme as epidemias, havendo até algumas em que ellas se mostram muito raras.

Existem, ás vezes, lesões da pelle; pustulas, carbunculos, etc., sendo que aquellas, por serem muito numerosas, fazem

com que, em certos casos, o cadaver muito se assemelhe ao de um varioloso.

A temperatura póde se elevar post-mortem, bem como produzem-se, ainda que raramente, contracções musculares, a modo do que se dá na cholera.

A decomposição do corpo opera-se muito apressadamente, tendo-se verificado que ella é tanto mais rapida quanto mais violento foi o mal.

Os cadaveres não se mostram, de ordinario, emmagrecidos; a rigidez cadaverica não é demasiadamente pronunciada.

As lesões internas que mais interesse nos despertam são as do apparelho respiratorio.

Como dizem todos os auctores que do assumpto se têm occupado, o apparelho da respiração, é, sem duvida alguma, o melhor campo de desenvolvimento do bacillo de Yersin, depois do systhema lymphatico.

Se examinarmos o cadaver de um pneumonico pestilento encontraremos mais ou menos as alterações abaixo descriptas.

A mucosa da garganta e da trachéa fica, no dizer de Wissokowitz e Zabolotny, quasi intacta.

Simpson e outros, porém, encontraram, na dita mucosa, uma inflammação catarrhal mais ou menos accentuada.

Não será para admirar o encontro de bronchites. Os ganglios bronchicos mostram-se pouco crescidos ou normaes, e os bacillos ou não são encontrados n'elles ou se existem é em pequena quantidade, (Bitter).

A pleura é frequentemente atacada: n'ella dão-se hemorrhagias punctiformes, que podem attingir numero consideravel,

formam-se pequenos accumulos de fibrina nos pontos correspondentes aos fócos do pulmão.

Calmette e Salimbeni observaram, no Porto, um caso de pleurisia, ao mesmo tempo que a pneumonia, com derramamento sanguineo. Ás vezes formam-se adherencias d'essa serosa.

As lesões da peste do pulmão são, ordinariamente, semelhantes ás causadas pela pneumonia lobular: pequenos nucleos, redondos, duros, variando de tamanho entre o de uma ervilha e um ovo de gallinha, de cor avermelhada, cercados de uma orla escura; na grande maioria dos casos são sub-pleuraes, fazendo proeminencias se estão situados na superficie do pulmão.

«Essas saliencias, diz Oswaldo Cruz, têm a parte central vermelha ou roseo, circumdada de uma parte cinzenta amarellada e, finalmente, uma orla cinzenta escura; o numero varia muito, desde uma ou duas, quasi sempre grandes até centenas de pequenas saliencias que dão ao pulmão um aspecto especial».

«No microscopio verificam-se hemorrhagias nos alveolos pulmonares, que apresentam os caracteres da pneumonia lobular. (Valassopoulo).

Os nucleos acima mencionados reunem-se, ás vezes, formando grandes fócos, que podem occupar a metade de um lóbo pulmonar e até o lóbo inteiro, assimilhando-se ao que se dá na pneumonia fibrinosa.

Fócos de pús no pulmão existem em determinados casos. O edema d'essa viscera, em parte ou no todo, póde ser observado muito frequentemente.

As lesões se localisam, em geral, nas regiões posteriores e inferiores de um ou dos dois pulmões, havendo, porém, a observação já feita de casos em que se têm manifestado em outras partes do orgão.

Nos cadaveres de dous pneumonicos pestilentos, autopsiados pelo Dr. ADOLPHO LUTZ, de São Paulo, as lesões, contrariamente ao commum se tinham localisado na vertice do orgão.

«O exame microscopico dos nodulos pneumonicos mostra a existencia, no interior dos alveolos, de exsudato catarrhal, cellulas epitheliaes, leucocytos, hematias, detritos granulares e fibrillas de sceptos destruidos, juntamente com a massa homogenea coagulada, de fluido edematoso e grande numero de bacillos da peste, por vezes misturados com pneumococcus e streptococcus.

Os bronchiolos e os bronchios tambem apresentam-se cheios de bacillos da peste, que durante a vida apparecem no esputo; porções dos nucleos broncho-pneumonicos podem soffrer necrose.

O exsudato fibrinoso da pleura contém bacillos da peste». (SIMPSON).

Passemos agora a descrever, ainda que muito rapidamente, as alterações observadas nas outras partes da economia, nos fallecidos de peste do pulmão.

Essas lesões pouco ou nada differem das encontradas nas outras variedades clinicas da peste.

O coração, que se mostra augmentado de volume, está, ás vezes, amollecido, encontrando-se nas cavidades sangue fluido ou coagulado.

Ainda que em casos raros tem-se verificado a degenerescencia gordurosa.

No pericardio encontram-se derramamentos. Hemorrhagias podem existir nas paredes dos grossos vasos.

O sangue fica de cor vermelho carregado, podendo-se n'elle encontrar o germen especifico da molestia.

O baço, bem como o figado, quasi sempre está hypertrophiado e congesto.

A vesicula biliar augmenta muito de tamanho, havendo casos em que adquire o duplo e até o triplo do volume normal.

Os rins ficam tambem hyperhemiados.

No estomago, intestino, bexiga, etc, encontram-se evidentes signaes de hemorrhagias.

Os escoamentos que se dão pelas boccas dos cadaveres pódem ser tanto observados na pneumonia como nas demais fórmas da peste.

Tudo o que dissemos de considerações anatomo-pathologicas refere-se á pneumonia primitiva.

A pneumonia pestilenta secundaria sobrevem nos individuos atacados de peste bubonica ou de outra qualquer infecção pestilencial.

As lesões por ella determinadas são, pouco mais ou menos, as descriptas.

Batzarow, porém, diz que essa affecção tem por caracteristico a fórmação nos pulmões, em quantidade mais ou menos apreciavel, de lesões que se mostram, macroscopicamente, com todos os caracteres dos tuberculos, sem comtudo, assimilharem-se histologicamente.

ETIOLOGIA

O modo pelo qual se dá a infecção pestilenta primitiva do apparelho respiratorio, ainda não está positivamente demonstrado.

Deante do que dizem uns, o contagio da pneumonia pestosa se dá por meio dos escarros deseccados que se espalham no ar em forma de poeiras e que são respirados pelos individuos que se tornam enfermos.

Outros auctores, porém, não admittem essa hypothese dizendo que o bacillo da peste não resiste á deseccação de maneira que se possa transformar em poeira e d'est'arte causar a infecção pulmonar.

Kitazato, por exemplo, acha o bacillo da peste muito pouco resistente á deseccação.

Kolle, ao contrario do que adianta Kitazato, diz que o germen pestifero resiste muito a esse estado e que sob a forma de poeiras póde transmittir o mal.

Segundo a opinião de Deschamps, esses diversos modos de encarar a questão podem vir de que a deseccação age differentemente, conforme a temperatura em que é feita.

De facto, as observações feitas em pannos contaminados de germens da peste, ou por culturas ou por sangue inficionado, e sujeitos á deseccação na temperatura de 10 até 18 gráos dão culturas no fim de um mez, emquanto submettidos a 36 e 37 gráos os citados pannos tornam-se estereis em quatro ou cinco dias.

SIMOND e MARTINI fizeram experiencias no sentido de provar a possibilidade da infecção pelo germen da peste sujeito á seccura.

Eis como operou SIMOND: misturou um pouco de cultura virulenta com farinha e submetteu a massa resultante d'essa mistura á temperatura de 38 gráos; depois de bem secco collocou o producto em saccos de panno, que eram amarrados no pescoço de macacos, obrigados d'esta maneira a respirarem os germens deseccados.

SIMOND não conseguiu transmittir a peste pneumonica aos macacos sujeitos á experiencia.

Com MARTINI, entretanto, não succedeu o mesmo: preparou a massa, deseccou, tal qual fez SIMOND, mas em logar de collocar o producto em saccos de panno, depositou em um apparelho por elle inventado e para a experiencia se utilizou de ratos ao envez de macacos.

Pois bem: de 36 ratos, que respiraram as poeiras contendo os bacillos de YERSIN, 32 succumbiram no intervallo de quatro a oito dias com todos os symptomas de pneumonia primitiva, tendo-se encontrado germens especificos nos pulmões, no sangue, no baço e no coração.

RUDOLF ABEL é de parecer que o cocco-bacillo de YERSIN não resiste á deseccação necessaria para se tornar em forma de poeiras, e ser assim transportado pelo ar.

Kitazato inficionou um rato calunga por meio de inoculação de poeiras contidas no aposento de um doente.

Batzarow diz que o bacillo da peste fica vivo e virulento por muito tempo, mesmo no estado de seccura.

A julgar pelas suas experiencias o micro-organismo em questão póde perfeitamente soffrer uma prolongada deseccação quando se encontra em um meio albuminoso; n'esse caso muito vagarosamente se attenua, de maneira que nas primeiras semanas (3 a 4) essa diminuição de virulencia é inteiramente insignificante.

No caso possivel, porém, de culturas puras serem postas a deseccar sobre terra, quando o microbio não está em meio protector, é que a perda de virulencia se dá com rapidez.

Deante das experiencias praticadas assim conclue Batzarow: «julgamos poder-se admittir que os escarros dos pestosos atacados de pneumonia ou não, os corpos dos animaes fallecidos de peste, e outra qualquer substancia organica que contenha o virus, seja em estado fresco, seja em deseccação, gozam de importante papel na diffusão da peste humana em geral e particularmente da pneumonia pestilenta».

O contagio por intermedio dos escarros humidos se dá por diversas maneiras: quando o pneumonico pestilento tosse, espirra, etc, projecta em de redor de si até a distancia de um metro mais ou menos, enorme quantidade de particulas de saliva ou muco, cheias de bacillos da peste; estas particulas, perdigotos chamados, vão se depositar ou nos objectos collocados ao seu alcance, ou no chão, nas paredes, e ainda podem fluctuar por alguns instantes no ar antes de se depositarem.

As pessôas que estão em contacto com o doente pódem assim

contrahir o mal, uma vez que respiram um ar contaminado de germens especificos.

Os insectos pódem gozar do papel de transmissores indirectos da molestia, por isso que pódem pousar n'um escarro, indo ao depois contaminar um objecto qualquer, substancias alimentares, utensilios de refeição, etc., que tenham de ser uzados por pessôas sãs, de ora avante sujeitas a contrahir a terrivel affecção.

Em grande numero são as experiencias realisadas para mostrar o contagio da pneumonia pestilenta por intermedio do escarro humido.

D'essas citaremos algumas que nos parecem mais concludentes.

Batzarow reproduziu a pneumonia em animaes em cuja mucosa nazal depositou pequenas porções de escarros pneumonicos.

Em ratos, submettidos á supra-citada prova, manifestaram-se claramente, tal qual no homem, os symptomas das duas especies de pneumonias: «uma primaria (broncho-pneumonia tuberculosa ou confluente) que acaba geralmente com septicemia; que póde ser provocada em todos os animaes de laboratorio, depondo o virus na mucosa nazal sem escorial-a; outra secundaria, que se tem em quasi todas as infecções da peste, independente do sitio da inoculação.»

Childe, Zabolotny e Wyssokovitz conseguiram a infecção pulmonar da peste em macacos nos quaes tinham introduzido directamente o virus na trachéa, estando esses animaes sob a acção do chloroformio.

Em ensaio semelhante ao precedente Giaxa e Gosio

obtiveram uma pneumonia pestilenta dupla, em um porquinho da India.

No exame bacteriologico foi verificada a existencia de bacillos da peste, em grande profusão, nos pulmões.

A manifestação pestilenta pulmonar ainda se póde adquirir por contaminação cutanea.

Varios são os exemplos em que se têm visto individuos atacados de peste pulmonar depois de se terem ferido com um instrumento qualquer inficionado, ou mesmo sem que se tenham ferido, quando portadores de pequenas escoriações.

Citaremos o caso do servente Barish, do laboratorio do Dr. Müller, que se infectou quando manuseava tubos de cultura do bacillo da peste, tendo-se ferido nas mãos.

Na opinião de Simond as varias manifestações da peste são devidas, não a uma maneira particular de introducção do microbio no organismo, mas á maior ou menor virulencia do germen, e ainda á sensibilidade de cada individuo.

Diz elle, assim pensando, que se póde obter a infecção pestosa pulmonar por meio da inoculação de virus muito activo.

Si, porém ouvirmos Batzarow, vel-o-emos contrario a Simond, n'este assumpto: culturas de bacillos já muito attenuados, quasi saprophytas, sem poderem produzir a morte em ratos e porquinhos da India, sujeitos a injecções hypodermicas d'elles, determinam uma pneumonia pestosa fatal, quando introduzidos nas narinas d'aquelles mesmos animaes.

Ainda pelas pesquizas d'esse ultimo observador se deduz que para obter-se experimentalmente a peste do pulmão torna-se necessario fazer uso de germens de virulencia

diminuida, pois quando se emprega virus muito activo os orgãos da respiração se apresentam simplesmente congestos, notando-se no baço as lesões mais importantes.

Nos escarros humidos a virulencia do bacillo de Yersin persiste até 16 dias, quando se torna completamente inoffensivo.

Lowson diz que o ar expirado pelos pestilentos pneumonicos é desprovido de germens, incapaz por consequencia de transmittir a molestia.

Com este observador estão de accordo todos os mais, n'este ponto.

Ainda no dizer de Batzarow, é um erro considerar-se o micro-organismo productor da peste como sendo muito fraco, porque si é verdade que existem raças que perdem a virulencia e morrem muito depressa fóra do organismo, tambem é facto que outras se encontram capazes de resistir por muito tempo em meios artificiaes.

Diz aquelle experimentador que «algumas de suas culturas guardadas no laboratorio sem cuidado algum, expostas á luz solar durante mezes, produziam a morte em animaes que soffriam injecções hypodermicas d'ellas».

A pneumonia pestosa secundaria póde ser produzida por qualquer d'esses modos descriptos, e ainda pela transmissão do germen ou pela via lymphatica ou pela circulação.

De facto só assim, d'esta ultima maneira, se poderá explicar a presença de symptomas pulmonares em doentes de peste bubonica ou de outra qualquer forma, tratados em meio onde não existe nenhum enfermo de pneumonia capaz de transmittir a molestia por algum dos outros processos mencionados, quando o bubão ainda não foi aberto, sendo

portanto impossivel a contaminação das vias respiratorias pelo pús, e demais cercados de todas as garantias que impedem a existencia de germens no ar, etc.

Em terminando diremos como todos os auctores: a pneumonia pestosa é de todas as variedades clinicas da peste, sem duvida alguma, a mais grave, a mais contagiosa, e por isso aquella que deve ser evitada com mais segurança.

DIAGNOSTICO

Em tempo de epidemia de peste toda pneumonia deve ser considerada suspeita, cumprindo, por isto, fazerem-se exames com os quaes se tenha a certeza necessaria de que se trata ou não de um caso de pneumonia pestilenta.

Podendo-se confundir em alguns doentes com outras molestias, taes como a influenza, a pneumonia e a broncho-pneumonia, com que apresenta grande semelhança, a peste do pulmão só póde ser declarada com firmeza depois do exame bacteriologico.

Os escarros dos pneumonicos pestilentos, encerram, na grande maioria dos casos, enorme porção de bacillos da peste, frequentemente em cultura pura, mas ás vezes associados ao pneumococcus e ao streptococcus.

Além do exame microscopico dos escarros e das culturas que com elles se fazem, deve-se em certos casos, recorrer á pratica das inoculações, para que se possa ter absoluta certeza do diagnostico.

Muitas vezes o exame microscopico não satisfaz devido á

prodigiosa quantidade de micro-organismos que, juntamente com o bacillo da peste, se encontram no escarro, de modo a impedir que se possa asseverar a existencia dos germens da peste, si estes não forem em abundancia.

Além d'isto existem bacillos na saliva que apresentam caracteres muito semelhantes aos do bacillo pestoso.

Convém notar que a morte de uma cobaya inoculada com o escarro da pneumonia pestilenta, no qual, como dissemos, se encontra muitas vezes associado ao bacillo de YERSIN o pneumococcus de TALAMON e FRAENKEL, póde ser devido ao ultimo germen tambem mui pathogenico para aquelle animal. Por isso a cobaya inoculada deve ser, n'este caso, cuidadosamente examinada, do ponto de vista bacteriologico e anatomo-pathologico, afim de saber-se qual o verdadeiro responsavel pela infecção ou pela morte d'ella.

É bom, como aconselha BITTER, fazer a inoculação de muitos animaes ao mesmo tempo, afim de que se possa fazer seguro juizo sobre um caso dado.

Quando em presença de um doente de pneumonia deve-se pôr em contribuição a clinica e repetir as experiencias nos animaes antes de se pronunciar sobre a natureza da pneumonia, em tempo de epidemia de peste (VALASSOPOULO).

O diagnostico bacteriologico é, ás vezes, um pouco demorado o que traz serios embaraços, visto como a evolução da peste nas outras variedades clinicas e ainda mais na pneumonia é, de ordinario, muito rapida.

O Dr. GONÇALO MONIZ assim se exprime quando, na sua obra sobre peste bubonica, trata do assumpto: « mas evidentemente estes meios de diagnostico são muitas vezes clinicamente

insufficientes, para um caso dado, por serem demorados, visto que a evolução da peste é de ordinario muito rapida.

São utilissimos, porém, para o diagnostico retrospectivo, especialmente para o diagnostico post-mortem, diagnosticos estes que têm alta importancia quanto á prophylaxia.

De facto, no começo das epidemias, em que a molestia em geral é mal caracterisada clinicamente, tomando por vezes fórmas frustras, larvadas, e dando logar a duvidas, controversias, erros de diagnostico, sempre de nefastas consequencias, os processos bacteriologicos vêm resolver a questão, firmar a verdadeira natureza do mal, e capacitar portanto as autoridades competentes a tomar as medidas adequadas. Demais até no curso de epidemias já reconhecidas ha casos (pneumonias simples, septicemia fulminante) cujo diagnostico é impossivel durante a vida, na opinião autorisada de Yersin ».

O exame physico do pulmão não offerece seguros dados de diagnostico da pneumonia pestilenta, visto como as alterações encontradas n'essa molestia são mais ou menos as mesmas que as da broncho-pneumonia, conforme já tivemos occasião de dizer. Os escarros, que, por seus caracteres, nos poderiam ajudar na differenciação dos males não devem ser tomados como ponto de reparo, uma vez que variam de aspecto, conforme tem sido verificado pelos diversos observadores.

TRATAMENTO

O TRATAMENTO da pneumonia pestilenta póde, como nas demais variedades clinicas do mal do Levante, ser especifico ou symptomatico.

O tratamento especifico se faz por meio do sôro anti-pestoso, obtido de cavallos ou muares hyper-immunisados contra a peste.

Não nos deteremos aqui, porque a isto não nos obrigamos, a descrever o modo pelo qual se prepara o sôro, a maneira de fazer a sua colheita, o acondicionamento, etc, nem tambem o modo por que elle actúa no organismo; limitar-nos-emos, tão somente, a mostrar o seu emprego na clinica.

O sôro anti-pestoso é usado na dóse variavel de 15^{cc} até 100^{cc} de uma só vez, attendendo á idade, constituição, sexo, e mais á maior ou menor gravidade da molestia.

Não poucos são os auctores que dizem adoptar o systhema das doses fraccionadas (15^{cc} a 20^{cc} de cada vez); actualmente, porém, e entre nós, quer no Rio de Janeiro, S. Paulo, e aqui na Bahia, não se costuma empregar dóses pequenas

e sim quantidades massiças, até 100cc de cada vez, como já ficou dito acima.

Vejamos o que sobre o assumpto diz o Dr. TAVARES DE MACEDO, illustrado Director do Hospital Paula Candido, no Relatorio apresentado ao Director Geral da Saúde Publica, em Fevereiro de 1904: «As dóses devem ser massiças; cada secção de sorotherapia de 50cc ou 60cc. Em certos casos, de apprehensiva gravidade, fiz injecções intravenosas, em uma só secção de 100cc. Adoptei as inoculações massiças e espaçadas: no maximo duas nas vinte e quatro horas».

O Dr. GONÇALO MONIZ, no relatorio que fez sobre a epidemia de peste bubonica na Bahia em 1904—1905, tempo em que sabiamente dirigiu o Hospital de Isolamento em Mont-Serrat, assim se exprime quando trata da quantidade de sôro empregado de cada vez: «Inoculamos nas creanças, de cada vez, 20cc; 30cc e mais conforme a idade e a gravidade do caso. Nos adultos as doses eram de 40cc para cima, e nos casos graves injectamos nas veias 60cc, 80cc de cada vez, repetidamente em dias successivos; por vezes faziamos mais de uma injecção no mesmo dia».

O Dr. OSWALDO CRUZ, no seu trabalho intitulado *Peste,* vindo a publicidade em numeros da Revista o *Brazil Medico,* de Janeiro e Março do corrente anno, escreve: «A questão da dóse é tambem importante: convém dar preferencia á injecção de grandes dóses de uma só vez: 50 a 100cc».

Ainda sobre a quantidade e via de applicação do sôro transcrevemos o que se encontra dito pelo Dr. ALONSO UBALLES, de Buenos-Ayres: «Guiando-se pelo conselho de CALMETTE e SALIMBENI e pelo proprio YERSIN, de usar dóses pequenas

e repetidas de sôro, quando appareceu a peste em Buenos-Ayres, o Dr. Penna poz em pratica o mesmo tratamento, quer dizer, praticando injecções intravenosas de 20 centimetros cubicos e sub-cutaneas de 40 a 60^{cc}, os resultados foram muito duvidosos, a febre se prolongava e muitos enfermos morriam.

Foi então que o Dr. Penna, começando por porções successivas e augmentando progressivamente a quantidade, chegou a empregar dóses de sòro muito mais intensas e repetidas em injecções unicamente endovenosas com um resultado muito mais favoravel. Em primeiro logar a injecção do sòro se faz por via intravenosa. Não somente por este methodo se conhece seguramente a quantidade de sôro que se absorve, como tambem a rapidez da acção é muito maior que por outras vias, como provam os effeitos immediatos. Demais é completamente inoffensivo e não observamos nenhum accidente consecutivo á sua acção ».

Mais adiante, e ainda sobre o assumpto da dóse, assim se exprime o Dr. Uballes : « A quantidade do sòro que se injecta da primeira vez é de 100^{cc} e si, decorridas doze horas, os symptomas não diminuiram ou melhoraram consideravelmente faz-se uma segunda injecção, que varia segundo os casos de 60 a 100^{cc}.

Com esta quantidade, na grande maioria, os symptomas desapparecem com uma rapidez admiravel. Póde succeder em alguns casos raros que a temperatura não desça á normal. N'estas condições não se vacillará em fazer uma terceira injecção decorridas 24 a 36 horas da anterior, e que será de 60^{cc} ».

Nós, quando não guiados pelas affirmações dos illustres auctores citados, pela nossa propria experiencia, nos decla-

ramos partidarios das dóses elevadas do sôro no tratamento da peste, em qualquer das variedades que affecte.

O sôro só póde ser administrado em injecções hypodermicas, intra-peritoneaes e intravenosas.

A via hypodermica só é usada nas creanças, nos adultos em que se verificam contra-indicadas as vias intra-peritonaes e endo-venosa, e ainda nos casos de infecção benigna, em que não se torna necessaria a acção muito prompta da medicação.

Deixaremos de parte a descripção da technica de uma injecção hypodermica, por ser assumpto por demais conhecido.

Quando se empregam, por via sub-cutanea, grandes dóses de liquido, dá-se a distensão brusca dos tecidos e o doente accusa dôres, por vezes bastante fortes; deve-se, attendendo a isto, só empregar á injecção hypodermica quando tiverem de ser usadas pequenas dóses.

Os locaes preferidos para as inoculações sub-cutaneas são: os flancos, a região interna da coxa e mais raramente a face externa do braço.

As injecções intra-peritoneaes são as que se usam menor numero de vezes.

Apenas nos casos graves em que não se encontra uma veia, ou por excessivo desenvolvimento do tecido adiposo no doente que se tem á vista, o que impede de fazer ficar turgido o vaso, ou por haver lesões vasculares que impeçam o emprego da injecção endo-venosa ou ainda por um qualquer embaraço de occasião.

O ponto escolhido para as injecções intra-peritoneaes é um pouco para o lado e abaixo do umbigo.

N'estas inoculações podem ser usadas grandes porções de sôro, sem que haja o menor inconveniente.

Passaremos a tratar por ultimo da prescripção do sôro em injecção intravenosa. Sem contestação alguma é o melhor modo de usar a medicação anti-pestosa. Meio prompto, rapido, de seguros e visiveis resultados, de todos o menos doloroso para o doente, a injecção endo-venosa está longe de ter o grande, o immenso perigo que lhe attribuem aquelles que por inteira falta de pratica no assumpto criticam aos que, dizem elles, abusam excessivamente da via endo-venosa na administração do sôro.

Felizmente para nós, podemos dizer, vae para mais de trezentas o numero de injecções intravenosas que assistimos fazer pelos Drs. GONÇALO MONIZ e AUGUSTO MAIA, sendo-nos licito confessar que algumas d'ellas foram por nós tão somente feitas, sem o menor accidente grave que viesse nos tornar crentes de que bem avisados andam os que pensam como deixamos dito.

Nem vão arguir de perigo da injecção endo-venosa a reacção que por vezes se observa em doentes que receberam o sôro e que ficam agitados, cyanoticos, sentindo frio intenso a que, geralmente, acompanha o bater de queixos, a elevação rapida da temperatura que attinge n'essas occasiões numeros altos, etc.; esse phenomeno, ao contrario do que se poderá pensar á primeira vista, é até considerado como sendo de bom presagio para o doente.

Nas injecções endo-venosas não se faz mister seringas especiaes; as communs, empregadas na pratica das injecções sub-cutaneas e intra-peritoneaes são as que tambem servem para aquellas inoculações.

O maximo cuidado que se deve ter, por occasião das inoculações endo-venosas, é procurar injectar o liquido sempre com a mesma pressão inicial e com vagar; absolutamente não se devem fazer rapidas inoculações que poderiam trazer funestas consequencias.

Tambem não se deve esquecer nunca do grave inconveniente que poderia ter a introducção, n'uma veia, de uma particula qualquer que pudesse causar uma embolia; por isso cumpre, a quem faz uso da via endo-venosa, verificar se está perfeitamente asseiada a seringa com que se vae trabalhar, e evitar o emprego de sôro em que existam detritos de qualquer natureza.

As veias mais geralmente usadas para a pratica das injecções são as medianas, cephalica e basilica, de ambos os braços, as saphenas internas, e, mais fóra do commum, uma outra veia do punho, da mão ou do pé, quando por tal ou qual circumstancia não podem ser usadas as acima referidas.

A quantidade total do sôro empregado em um doente varia muito: o Dr. TAVARES DE MACEDO diz que nunca lhe foi preciso injectar mais de 270^{cc} de sôro, para que se podessem ver os effeitos; entre nós se tem ido mais longe, até 500^{cc}, sem obter resultados favoraveis, em determinados e raros casos.

Varios são os laboratorios em que se prepara o sôro anti-pestoso. Entre nós, porém, os de que se faz emprego são do Instituto Sôrotherapico Federal de Manguinhos, considerado como um dos sôros mais activos conhecidos, e, como teve occasião de verificar o Dr. KOLLE, de Berlim, o de acção preventiva mais energica, que excede a dos demais conhecidos,

e tambem o do Laboratorio de Butantan (S. Paulo), ainda que este muito menos frequentemente.

Os resultados obtidos com a sôrotherapia no tratamento da pneumonia pestosa não são tão favoraveis ao sôro quanto os que se podem colher nas demais fórmas da peste, talvez por ser essa fórma senão a mais grave, pelo menos uma das mais mortiferas, das infecções pestilentas.

Os effeitos do sôro se manifestam no estado geral do doente, que melhora sensivelmente, o delirio, quando existe, torna-se mais brando, até desapparecer, a dyspnéa diminue, etc.; mas onde o sôro produz resultados verdadeiramente admiraveis é na temperatura: doentes ha que ao receberem a injecção do sôro apresentam-se com febre muito elevada e que no dia seguinte, decorridas 24 horas, e ás vezes menos, mostram-se absolutamente apyreticos, a temperatura tendo cahido por crise.

Outras vezes, porém, a queda da temperatura se faz em lysis e veremos então o quadro thermographico com oscillações, dia a dia decrescentes, até que o enfermo se veja completamente livre da febre.

Conforme se poderá ver nas observações que juntamos, os nossos enfermos de pneumonia pestilenta, tratados com o sôro, não foram felizes, succumbiram todos.

Em outros logares, entretanto, têm-se curado doentes de peste do pulmão com o auxilio do sôro. O Dr. Valassopoulo, por exemplo, nos diz o seguinte: «Diversos doentes atacados da variedade maligna morreram apezar da injecção do sôro; mas não vimos doentes d'essa mesma variedade maligna se curarem sem injecção do sôro anti-pestoso.

Alludimos aos que tiveram pneumonias secundarias e que, ao nosso ver, devem o seu restabelecimento ás injecções de sôro».

Seja-nos dado dizer que não será pelo facto de terem fallecido os atacados de pneumonia pestosa entre nós, que se vá deduzir contrariamente ao valor curativo do sôro; si fomos mal succedidos, outro tanto não succedeu a varios observadores que, mais felizes, obtiveram favoraveis resultados nos enfermos tratados da affecção pulmonar da peste. Um dos motivos pelos quaes na maioria dos auctores, se dão muitos insuccessos do sôro, é o seu emprego tardiamente feito.

Pelas estatisticas até hoje conhecidas do tratamento da peste com o sôro, se poderá verificar que as curas se effectuam, excluidas algumas excepções, muito mais rapida e facilmente nos enfermos tratados desde o começo da molestia.

Pesa-nos dizer que, aqui na Bahia, ou por não acreditarem na existencia da peste, ou por falta de medicos que communiquem o caso á Hygiene, para que sejam dadas as necessarias providencias, ou por outras quaesquer circumstancias que não queremos averiguar, raros são os doentes que se recolhem ao Isolamento com menos de tres dias de molestia, havendo até casos em que só depois de doze ou quinze dias é que se faz a remoção.

O sôro anti-pestoso produz, ás vezes, em certos doentes, reacções mais ou menos tardias, que se traduzem por erythemas urticariformes, pruriginosos de ordinario, erythemas morbiliformes, etc.; arthralgias, em geral dos joelhos e dos punhos, podendo-se, porém, extender ás demais articulações, e myalgias, de ordinario das coxas e das pernas.

Estes accidentes da sôrotherapia são, muito commumente, de curta duração e de nenhuma gravidade, e para fazel-os desapparecer mais depressa empregam-se os purgativos salinos, os diureticos, banhos mórnos com alcool camphorado, etc.

Feitas estas considerações sobre o emprego do sôro, dóse, effeitos, etc., passaremos a mencionar substancias outras que têm sido preconisadas no tratamento da peste nas suas diversas fórmas, mas que, digamos desde já, não têm, pelo menos em nosso meio, dado bons resultados.

O bichlorureto de mercurio foi empregado na cura da peste por Bacelli; este illustre medico empregava o sublimado em injecções endo-venosas, baseado nos estudos de Gaglio que demonstrou ser o albuminato de mercurio um dos mais poderosos agentes estimulantes dos phagocytos.

Eis a solução que Bacelli usava:

Bichlorureto de mercurio . . . . . . 10 centigrammas.
Chloreto de sodio . . . . 40 »
Agua distillada e fervida . . . . . . 100 grammas.

O Professor Terni tambem usou, e, no seu dizer, com grande proveito do sublimado corrosivo, não como no processo retro-mencionado, mas de mistura com o sôro anti-pestoso.

Vejamos o que diz o distincto professor:

«Por isto introduzimos na technica a preparação de um sôro especial addicionado de pequena quantidade de sublimado corrosivo na proporção de um centigramma para 200 partes de sôro. A dóse de sublimado corrosivo por via endo-venosa póde ir até dous centigrammas nas 24 horas, sem nenhuma perturbação para o doente, salvo sabor metallico, e algumas vezes um pouco de salivação».

O Dr. Thompson, chefe do Hospital Parel, tambem prescreveu o sublimado na dóse de 5 a 10 centigrammas nas 24 horas, e não obteve resultados que recommendassem esse tratamento.

O acido phenico tem sido muito preconizado na cura da peste, mas tambem sem exito.

Atkinson o empregava e recommendava o seu uso na dóse de 50 a 75 centigrammas, de 2 em 2 horas, tendo-se o indispensavel cuidado de verificar o estado do apparelho urinario.

Entre nós ha sido usada a seguinte formula contendo acido phenico:

Acido phenico . . . . 1 gramma
Alcool . . . . q. s.
Tintura de iodo . . . . X gottas
Agua distillada . . . . 120 grammas
Xarope de cascas de laranjas . . . . . 30 grammas
Mande para usar ás colheres de 2 em 2 horas.

Como os demais auctores somos obrigados a confessar que não obtivemos melhoras nos doentes em que administramos o phenol.

Na Republica Argentina ensaiou-se o emprego do hyposulfito de sodio por via endo-venosa, na dóse de 5 grammas para 100 de agua.

Não nos é dado criticar por experiencia propria esse tratamento; em doentes atacados de pneumonia nunca o empregamos, mas d'elle fizemos uso em dous doentes presas de outras fórmas da peste, nos quaes nenhuma melhora se manifestou até que se deu a morte.

Com o collargol, de que tambem lançamos mão em injecções

intra-venosas, na dóse maxima de 3^{cc} de uma solução a 1 %, visto ser preconizado em todas as infecções, não fomos bem succedidos; nem mesmo na temperatura manifestava beneficos effeitos esse medicamento.

Conforme ficou dito no começo do presente capitulo o tratamento da pneumonia pestosa, como o das demais infecções pestilenciaes, póde ser especifico ou symptomatico.

Já nos occupamos do principal tratamento especifico (o sôro anti-pestoso) e dos diversos outros que têm sido tentados, todos elles sem offerecerem vantagens que ao de longe, possam ser comparadas com as colhidas na medicação sôrotherapica.

Entraremos agóra no estudo dos varios medicamentos que têm aconselhado para combater os multiplos symptomas da infecção pestilenta, em qualquer das modalidades.

Contra as altas temperaturas, e ainda com o fim de acalmar o delirio e a insonia, a balneotherapia tem produzido esplendidos resultados; infelizmente, porém, não podemos lançar mão d'essa therapeutica, nos casos de pneumonia pestosa, unica das fórmas da peste em que ella é contra indicada.

Os outros anti-thermicos (quinina, antipyrina) têm sido postos de lado visto como não se mostraram de vantajosa applicação.

A quina (em decocto) de mistura com o seu extracto molle não parece dever ficar esquecida, pois, pelo menos em nossos doentes, temos visto resultados satisfactorios.

No tratamento symptomatico de uma broncho-pneumonia pestilenta teriamos de lançar mão dos revulsivos com o fim de diminuir a congestão dos bronchios e dos pulmões e ainda

mais empregar meios de facilitar a expectoração, tal qual se faz em uma broncho-pneumonia commum.

Os revulsivos usados no caso seriam a tintura de iodo, as ventosas, etc.

Para facilitar a expectoração póde-se fazer uso do kermes, ipéca, terpina, etc.

Contra a tosse administrar-se-á uma poção com morphina, — em xarope, etc.

Para diminuir a dyspnéa, por vezes intensissima, que se nota nos enfermos da peste do pulmão, podem-se fazer injecções de heroina, inhalações de oxygenio, etc.

Os antispasmodicos parecem não gozar de apreciavel influencia na diminuição do delirio, nos doentes de peste, sob qualquer fórma.

Muitos foram os hypnoticos ou somniferos de que lançamos mão: o trional, o sulfonal, o chloral, e de nenhum d'elles obtivemos resultados felizes, a não ser da morphina que, em alguns doentes, produzia o somno, isto mesmo por pouco tempo.

A cephalalgia quasi nunca persiste por muito tempo; e quando isto succeda fazem-se applicações de compressas de vinagre aromatico e agua sedativa, em geral com feliz exito.

Muitas vezes, succedendo ao delirio, o enfermo cáe em profunda prostração, que cumpre levantar; n'esse caso as injecções de strychnina (sulfato, arseniato) são de inestimavel valor.

Com o emprego de uma poção contendo cocaina, morphina, agua chloroformada, etc., temos obtido a desapparição dos vomitos.

Com o fim de regularisar o pulso tem-se usado da digitalis, mas sem resultados apreciaveis.

Os desinfectantes intestinaes são prescriptos nos casos em que ha diarrhéa; o subnitrato de bismutho, o benzonaphtol, etc., fazem desapparecer, na maioria dos casos, tão incommoda perturbação.

Os purgativos são muitas vezes administrados.

O calomelanos, os sulfatos de sodio e magnesia, etc., a limonada de Lefort são os que empregamos na grande maioria dos casos.

Para levantar as forças dos convalescentes da peste, em geral presas da mais notavel fraqueza, temos de nos servir de reconstituintes: os glycero-phosphatos, o ferro, os hypophosphitos, a strychnina, etc., em vinho, capsulas, pilulas, etc., attendendo ás indicações.

O Dr. Valassopoulo systhematicamente empregava contra as localizações pulmonares, quer primitivas quer secundarias, pulverisações phenicadas a 1 °/₀₀, ao redor do doente, por alguns minutos. Nós, além do acido phenico, fizemos uso do acido thymico, eucalyptus, etc., tambem em pulverisações.

OBSERVAÇÃO 1.ª

Pneumonia pestosa primitiva

N. M. M., 44 annos, preto, viuvo, estivador, natural da Bahia, morador á rua dos Caldeireiros n. 26.

Entrou para o Hospital em 23 de Agosto de 1904, ás 5 horas e 45ᵐ da tarde, com temperatura de 39°, 6, pulso dicroto, accelerado e cheio (136 batimentos por minuto) 54 movimentos respiratorios, tosse frequente, com escarros viscosos e sanguinolentos, dispnéa, dores do lado direito do thorax, intelligencia normal, palavra embaraçada e marcha titubeante. Vomitos.

Diz ter adoecido no dia 20, sentindo febre, cephalalgia, calafrio, tosse e pontada do lado direito do thorax.

Apezar da gravidade da fórma do mal, na occasião da entrada, o estado do doente não era relativamente mau.

Injecção, logo que chegou, de 60ᶜᶜ de sôro no flanco esquerdo.

Dia 24—Durante a noite aggravou-se o estado rapidamente, continuaram a tosse com extrema frequencia, a expectoração sanguinolenta; a respiração foi se tornando difficil, arquejante, a palavra mais perturbada e incomprehensivel, sobreveio delirio, o doente queria levantar-se do leito, sendo preciso redobrar-se de vigilancia junto d'elle. Pela manhã continuou a peiorar, a febre elevou-se a 40° 4, o pulso a 114, a respiração a 59, e succumbiu ás 12 horas do dia.

OBSERVAÇÃO 2.ª

Pneumonia pestosa secundaria

F. A. O., 32 annos, branco, casado, açougueiro, residente á rua Conselheiro Almeida Couto n. 132, foi recolhido ao Hospital no dia 2 de Novembro de 1904, ás 6 horas e 15ᵐ da tarde, com febre (38,2), 96 pulsações por minuto e 26 movimentos respiratorios; estado geral bom, intelligencia perfeita, lingua saburrosa, um engorgitamento volumoso dos ganglios inguinaes e cruraes do lado esquerdo, doloroso á pressão e espontaneamente.

Diz ter adoecido no dia 28 de Outubro proximo passado, sentindo calafrio, febre, tontura, nauseas e dor na séde do engorgitamento ganglionar. Injecção de 20cc de sòro antes de entrar para o Hospital e 40cc depois de ter se recolhido.

Dia 3—Vae no mesmo do estado geral comquanto a temperatura se tenha elevado, pela manhã, a 39°, 5. O bubão inguino-crural está mais crescido e a pelle superjacente muito vermelha.

Urina albuminosa, com reacção acida e densidade de 1020. Injecção endo-venosa de 40cc de sòro. Á tarde: temperatura 39°, pulso 96 e respiração 34.

Dia 4—Melhora o estado do doente: pela manhã temperatura 38° 1, pulso 96 e respiração 30. Injecção intra-venosa de 40cc de sòro. Estado geral bom. O que mais o tem incommodado são as dores agudas no bubão, que lhe arrancam gemidos, não lhe permittindo dormir. Á tarde: temperatura 38°, 3, pulso 102, respiração 29.

Dia 5—Vae melhor: a temperatura, baixou pela manhã, a 37, 8, pulso a 98; a respiração ainda frequente (30); continúa a sentir dores lancinantes no bubão; os tecidos circumvisinhos estão muito tensos e inflammados. Injecção de 40cc de sôro, intra-venosa. Á tarde: temperatura 39°, pulso 100, respiração 24.

Dia 6—Vae no mesmo do estado geral. Pela manhã: temperatura 38°, 4, pulso 84, respiração 26. O bubão ainda muito doloroso, com a pelle rubra. Injecção de 40cc de sôro, endo-venosa. Á tarde: temperatura 38° 2, pulso, 84, respiração 22.

Dia 7—Persistem as dores do bubão e mostram-se augmentados o rubor e a inflammação da zona circumvisinha. Constipação.

A temperatura que, pela manhã, era de 38°, desceu, á tarde, a 36° 7; pulso de manhã 90, á tarde 84; respiração 22 pela manhã e 18 á tarde.

Para combater a constipação foram-lhe prescriptas 10 grammas de magnesia calcinada, para tomar de uma vez.

Dia 8—Passou melhor a noite, dormiu sob a acção de uma injecção de morphina; acalmaram-se as dores do bubão. Estado geral regular. Temperatura pela manhã, 37°, 1, pulso 120, respiração 24. Á tarde: temperatura 38°, 2, pulso 108, respiração 36.

Dia 9—Amanheceu peior: a temperatura mantém-se pela manhã, em 38°, 2; 116 pulsações e 32 movimentos respiratorios.

Appareceram signaes evidentes de uma localisação pulmonar da infecção: estertores sub-crepitantes, disseminados na parte inferior de ambos os pulmões, tosse, escarros viscosos, escuros, sanguinolentos, que revelaram ao microscopio grande quantidade de cocco-bacillos de Yersin.

Nota-se uma erupção de pequenas papulas na fronte. Injecção de 60cc de sôro, e mais tarde outra de 40cc, ambas endo-venosas. Para a tarde o estado do doente começou a aggravar-se, a face tornou-se pallida, a palavra embaraçada, respiração muito accelerada (50 movimentos) difficil, accessos de tosse mais repetidos, pulso mais frequente (138) e pequeno, suores frios; a temperatura conservou-se no mesmo. Para a noite cahiu em collapso, vindo a fallecer ás 11 horas e 15 minutos.

OBSERVAÇÃO 3.ª

Pneumonia pestosa secundaria

G. A. S., 22 annos, preto, solteiro, natural da Bahia, morador á rua do Bom Gosto da Calçada, entrou ás 5 horas e 30 minutos da tarde de 5 de Novembro de 1901, com febre (39°, 8), tachicardia (114 pulsações), respiração accelerada (34 movimentos respiratorios), intelligencia clara, estado geral relativamente bom; lingua coberta de enducto saburroso amarellado, halito fétido; um ganglio crural engorgitado, tamanho como uma amendoa, e doloroso; a dor se propaga por todo o membro inferior correspondente (esquerdo), tornando-se penosos os movimentos. Injecção de 50cc de sôro, já tendo recebido 20cc antes de entrar para o Hospital; ambas as injecções foram sub-cutaneas. Adoeceu repentinamente, ha cinco dias, com calafrio, febre, cephalalgia e dor na região crural esquerda.

Dia 6—Passou mal a noite, agitado, dyspneico, com sub-delirio; pela manhã continúa mal; temperatura 39°6, intensa dyspnéa (48 movimentos respiratorios), 110 pulsações; sub-delirio, lingua muito saburrosa, tosse frequente, com espectoração sanguinolenta. A dyspnéa forte, a frequencia da tosse e a natureza dos escarros

indicam a presença de localisação pulmonar, embóra pela auscultação e percussão não se tenham claramente percebido os signaes correspondentes. A plena confirmação da existencia de uma broncho-pneumonia especifica se obteve, entretanto, com os exames microscopicos dos escarros, que se mostraram possuidores de enormes quantidades de germens da peste, os quaes se achavam em verdadeiro estado de culturas puras, em todas as preparações examinadas. O ganglio crural está um pouco crescido. Urina albuminosa, com reacção acida e densidade de 1010. Injecção, pela manhã de 60^{cc} de sôro na veia mediana do braço esquerdo.

No correr do dia o estado foi se aggravando rapidamente: a dyspnéa cada vez mais intensa, o pulso muito frequente (144 e mais), depressivel: temperatura alta (40°, 6,), ventre tympanico, agitação, sub-delirio. Falleceu ás 7 horas e 10 minutos da noite.

OBSERVAÇÃO 4.ª

Pneumonia pestosa secundaria

(VALASSOPOULO)

Rapaz de 24 annos, padeiro; entrou para o Hospital em 15 de Junho de 1899.

Não podemos colher dados precisos sobre a data do começo da molestia; muito provavelmente achava-se no terceiro dia.

O doente entrou para o Hospital em estado typhico muito intenso: temperatura 40°, 2, lingua secca com enducto esbranquiçado, tosse, vomitos biliosos; satisfaz involuntariamente as necessidades no leito.

Tem o membro inferior esquerdo retrahido e na parte superior e externa da perna apresenta uma escara ennegrecida do tamanho de uma moeda de cincoenta centimos mais ou menos; na virilha do mesmo lado observamos uma tumefacção dos ganglios cujo começo é no triangulo de SCARPA indo se terminar na pequena bacia atravéz da arcada crural; o maior e o mais doloroso d'esses ganglios é o que se acha no triangulo de SCARPA.—Injecção de 20 grammas de sôro.

Dia 16 de Junho.—Durante a noite, o thermometro subiu a 40°, 4; nova injecção de 20 grammas de sôro; delirio tranquillo.

Pela manhã o pulso está pequeno e depressivel, a 132; vermelhidão da pelle que cobre o bubão femoral; epistaxis.

O doente tem tosse secca e as urinas contêm albumina.

Ao meio dia estando a temperatura a 40°, 2, nova injecção de 20 grammas de sôro.

Para a tarde o doente cahiu em estupor; vomitou duas vezes e teve nova epistaxis; temperatura 40°, pulso 128.

Dia 17 de Junho. — O doente dormiu durante a noite; abundante transpiração. De manhã comprehende melhor mas tem a palavra embaraçada. Urinas escassas contendo albumina; constipação.

O bubão maior está muito sensivel á pressão; temperatura a cerca de 38°, mas á tarde está em 39°; o doente expellia alguns escarros hemorrhagicos.

Dia 18 de Junho.— Durante a noite subiu a temperatura e o doente foi presa de violento delirio; ao mesmo tempo continuou a ter escarros vermelho-carregados, hemorrhagicos. Injecção de 20 grammas de sôro.

O exame microscopico, feito de manhã, demonstrou a presença de bacillos em abundancia nos escarros; pela auscultação, ouvem-se estertores mais ou menos finos da base, para a esquerda e para atraz; não há matidez.

O bubão endurecido não é séde de reacção fórte; não existe infiltração periglandular. O carbunculo pestoso da perna está muito doloroso e a escara se acha bem delimitada; urinas sempre raras e contendo albumina, temperatura a perto de 39°.

Dia 19 de Junho.—Delirio furioso durante a noite, insomnia absoluta. Pela manhã, temperatura 40°. O doente tosse e expectora sempre as mesmas materias ennegrecidas e viscosas; auscultando-se ouvem-se os mesmos estertores que hontem, mas não se ouve sôpro. O bubão bem como o carbunculo está no mesmo estado. O doente está mais tranquillo; depois do meio dia transpirou muito e para a tarde sobreveio brusca defervescencia; a temperatura desceu de 40° a 37°, 3; grande abatimento; albumina nas urinas, constipação.

Dia 20 de Junho—Apesar da apyrexia, o delirio continuou durante a noite; o doente dormiu muito pouco; pela manhã está tranquillo; a expectoração é mais clara e espumosa; os mesmos signaes stethos-

copicos assim como o estado dos bubões. D'este dia em diante o estado do doente melhorou progressivamente, a febre não voltou mais e a albumina das urinas desappareceu; a expectoração diminuia cada dia assim como os phenomenos stethoscopicos e não notamos até 27 de Junho nada de notavel a não ser a apparição de um rash com insignificante elevação de temperatura e a quéda da escara do carbunculo da perna. Temperatura 38°.

Dia 28 de Junho.—Durante a noite foi presa de fórtes dores na base do thorax com dyspnéa intensa, 68 respirações; a febre recrudesceu e o estado geral parece máo; pela auscultação verificamos sensivel diminuição do murmurio respiratorio na base dos pulmões, principalmente á esquerda; diagnosticamos uma pleurisia diaphragmatica.

Este estado continuou até 30 de Junho quando, apesar de sensivel diminuição da dyspnéa (46 respirações) e da dôr, começou uma expectoração sanguinolenta.

O doente localisa a dôr na axilla esquerda, onde verificamos sôpro e mais abaixo, para a base, ruido de attrito; matidez, de extensão da palma da mão, e estado geral máo; a febre oscilla entre 38° e 39°; não ha albumina nas urinas.

De 30 de Junho a 3 de Julho, a expectoração permaneceu sanguinolenta e os phenomenos stethoscopicos não mudaram de modo apreciavel; a febre, entretanto, se mantém a cerca de 38°.

Dia 4 de Julho—Suores abundantes, tosse sem expectoração; não se ouve mais o sôpro, mas a matidez persiste sempre. Temperatura 37°; abatimento extremo. Esse estado continuou até 6 de Julho, quando a tosse começou a se tornar mais frequente e a expectoração de novo sanguinolenta; notamos ligeira exacerbação thermica que não excede de 38°.

Dia 7 de Julho—O doente não dormiu de noite devido a uma pontada do lado á direita e para atraz onde se ouve na base do pulmão um sôpro e onde se observa pela percursão matidez que vai até tres dedos abaixo do angulo do omoplata; escarros hemorrhagicos cheios de bacillos da peste. Estado geral muito máo.

Nenhuma mudança a notar até 9 de Julho. A partir d'este dia o doente dorme bem, a pontada do lado quasi desappareceu, mas a

matidez á direita ainda existe; pela auscultação ainda se ouve o sôpro respiratorio assim como estertores sub-crepitantes; a expectoração tem côr de borra de vinho; epistaxis; dores na perna esquerda; os bubões estão no mesmo estado e a urina alcalina.

Dia 10 de Julho — *Phlegmatia alba dolens* no membro inferior esquerdo que é séde de fortes dores e de ligeira tumefacção. Nada de novo do lado do thorax, extremo abatimento.

A partir d'este dia, os signaes stethoscopicos diminuiram progressivamente, a *phlegmatia* melhorou e o estado geral principiou a ser melhor.

Eis o estado do doente em 15 de Julho: dorme muito bem; não tem quasi nenhuma dor no thorax nem no membro séde da phlebite; tosse pouco; expectoração espumosa não contendo sangue; pela percussão verifica-se que o som ainda não é claro nas regiões onde existiram as lesões já descriptas; pela auscultação observa-se, á esquerda, notavel diminuição do murmurio respiratorio, e attrito, inteiramente na base, á direita; estertores sub-crepitantes.

Dia 16 de Julho — Um dos ganglios que se acham na linha dos bubões venereos apresenta franca fluctuação sendo por isto incisado; no pús não encontramos o bacillo pestoso ao passo que nos escarros do doente elles se acham em grande quantidade e muito virulentos; quando inoculados matam cobayas com os signaes da peste e no espaço de tempo regulamentar.

Dia 18 de Julho — O doente não teve mais febre; tem diarrhéa; o bubão incisado vai bem, o edema do membro inferior esquerdo diminuiu sensivelmente. Os signaes stethoscopicos desappareceram completamente; todavia persiste ainda um pouco de tosse secca; o estado geral melhora a olhos vistos.

Entrou em convalescença apesar da permanencia dos bacillos nos escarros mucosos que expelle de vez em quando.

Foi sómente a 27 de Agosto que se poude verificar attenuada a virulencia dos bacillos dos escarros, que matavam cobayas depois de 7 dias.

A 2 de Setembro as experiencias em cobayas foram negativas. O doente sahiu curado em 7 de Setembro.

OBSERVAÇÃO 5.ª

Pneumonia pestosa primitiva

Homem de 60 annos; entrou para o Hospital em 28 de Junho de 1899.

Os antecedentes d'este enfermo são um pouco confusos não nos podendo elle proprio fornecer dados precisos. Estava doente, segundo parece, ha muitos dias, mas apezar dos nossos esforços, não podemos precisar a data do começo da affecção que verificamos tanto o paciente se recolheu ao Hospital.

O doente se acha em estado de extrema adynamia, quasi em coma. Temperatura 38°, 8°, pulso muito fraco, a 106, diarrhéa profusa e fétida, urinas raras e contendo albumina, lingua secca. O doente tosse mas não expectora. Observamos pela percussão, á direita e para atraz, matidez que se extende do angulo do omoplata até quasi a base dos pulmões; no mesmo ponto descobrimos um sopro tubario.

Não ha tumefacção ganglionar em parte alguma.

Dias 29—30 de Junho—Mesmo estado que hontem; o abatimento é excessivo. Na noite de 30 de Junho, entretanto, depois de abundante transpiração e profusa diarrhéa, a temperatura cahiu a 37°, mais ou menos.

Dia 1.° de Julho—A crise, com a forte transpiração e a diarrhéa profusa, poz o doente em completo esgotamento; lingua secca, grande quantidade de albumina nas urinas, pulso quasi imperceptivel, hypothermia.

Dia 2 de Julho—O doente está em coma; a temperatura pela manhã é de 36°; o doente satisfaz as necessidades no proprio leito; adynamia extrema.

Depois do meio dia o thermometro subiu, após quasi dous dias de apyrexia, a 38°, 7.

Falleceu á noite.

OBSERVAÇÃO 6.ª

Pneumonia pestosa primitiva

(DRS. AGOTE E MEDINA)

Irmã de caridade, J. T. Antecedente pessoal: tuberculose pulmonar.

Cahiu doente no dia 28 de Setembro de 1899, ás 3 horas da tarde, com cephalalgia intensa, vomitos, calafrio, prostração e temperatura elevada.

No dia seguinte, respiração dyspneica, muito frequente, dolorosa, face vultuosa, expectoração escumosa, sanguinolenta e muito abundante; 39°, 5, 124 pulsações.

Na virilha, no cavado popliteo e no pescoço pequenos ganglios apreciaveis á palpação; os da virilha direita, somente, accusam ligeira dôr, á pressão.

Todos os symptomas augmentaram de intensidade em 30 de Setembro e a doente morreu em 1.° de Outubro ás 3 horas e meia da manhã.

O exame dos escarros revelou grande quantidade de bacillos de Yersin.

OBSERVAÇÃO 7.ª

Pneumonia pestosa primitiva

(DRS. AGOTE E MEDINA)

Luisa del V. de M., 24 annos, paraguaya. Cahiu doente a 24 de Outubro de 1899, ás duas horas da tarde, com ligeiros calafrios, repetidos, dôres vagas em todo o corpo e particularmente fórte no lado esquerdo do thorax, cephalalgia intensa, dyspnéa, febre elevada e prostração grande. Não tem vomitos nem dôr em nenhuma região ganglionar. A 26 de Outubro ás 10 horas da manhã, verificam-se os seguintes phenomenos: prostração muito fórte; temperatura 39°, 0; pulso 120, pequeno, muito irregular, sem intermittencias; a respiração muito anciada e arythmica, era de 62 a 70 por minuto; por vezes a doente pedia se lhe acalmassem a dôr thoracica e a dyspnéa.

Face livida, algum tanto vultuosa, com os olhos desmesuradamente abertos e as pupillas dilatadas.

Lingua saburrosa, ligeiramente humida, com as bordas e a ponta vermelhas. Labios cyanosados e seccos, com saliva deseccada nas commissuras. No corpo não se encontram nem pétéchias, nem phlyctenas, nem ulceras; não existe dôr nem engorgitamento em nenhuma região ganglionar. Extremidades frias e ligeiramente cyanosadas. Expectoração excessivamente abundante, escumosa, séro-purulenta, ligeiramente avermelhada, seguida de accessos de tosse que augmentam a dyspnéa. Signaes evidentes de congestão e edema pulmonares assim como de fócos pneumonicos espalhados nos dois pulmões.

Impulsão precordial fraca, e enfraquecidos os tons cardiacos.

Não tem dôr no abdomen que está ligeiramente tympanico.

Urinas muito escassas, 200 grammas nas 24 horas.

A doente falleceu no mesmo dia 26 ás 7 horas da noite.

O exame directo dos escarros e as culturas deram resultado positivo.

OBSERVAÇÃO 8.ª

Pneumonia pestosa primitiva

(Drs. Agote e Medina)

Manoel Lopez, 28 annos, argentino, operario dos depositos do caminho de ferro F. C. C. A.

Entrou para o Hospital em 28 de Fevereiro de 1900, ás 9 horas da manhã.

Adoeceu na vespera com cephalalgia intensa, prostração, calafrio e diarrhéa.

Está muito abatido, cephalalgia intensa, dôres vagas em todo o corpo; conjunctivas injectadas e lingua saburrosa. Não ha engorgitamento ganglionar em nenhuma região, nem sensibilidade dolorosa á pressão.

Pulso frequente, regular, igual e de bôa tensão (21 no sphygmographo de Potain). Abdomen ligeiramente tympanico e indolor;

diarrhéa. O exame physico dos outros orgãos não revela nada de particular.

Dia 2 de Março. — Prostração intensa e cephalalgia. Estertores mucosos nos dous pulmões. Baço grande e doloroso.

Dia 3 de Março. — Continúa o estado grave: prostração e cephalalgia intensas, diarrhéa de côr escura, não contendo sangue. Não ha engorgitamento ganglionar nem dôr em nenhuma região. Subdelirio, expressão facial aparvalhada e indifferente.

Dia 4 de Março. — Delirio agitado, dyspnéa intensa, pulmão direito congesto; durante a noite observaram-se signaes physicos de broncho-pneumonia. Pulso frequente, regular, egual, e de pouca tensão.

Dia 5 de Março. — Prostração intensa. Queixa-se, pela primeira vez, e á pressão, de dôres nas virilhas. Dyspnéa muito intensa, broncho-pneumonia generalisada nos dous pulmões; expectoração sanguinolenta escassa. A diarrhéa continúa.

Dia 6 de Março. — Estado sempre grave. Estertores sub-crepitantes, muito numerosos, nos dous pulmões; congestão intensa e broncho-pneumonia; expectoração muco-purulenta e sanguinolenta, em que o exame directo revela o cocco-bacillo de Yersin. (Dr. L. Uriarte). Engorgitamentos dolorosos, do tamanho de uma pequena nóz, nas duas virilhas.

Dia 7 de Março. — Estado dos mais graves. Dyspnéa intensa. Estado semi-comatoso. O bubão da virilha direita muito augmentado de volume, doloroso; lymphangite. A broncho-pneumonia segue sua evolução.

Fallece em coma ás 9 horas da noite.

Autopsia. Praticada pelo Dr. Medina, em presença dos Drs. Cadiz, do Rio, Aguirre Luco da Commissão chilena, Archambault e Agote.

Ganglios engorgitados, do tamanho de uma noz, na virilha direita e cercados de inflammação hemorrhagica do tecido cellular; ganglios com as mesmas lesões na virilha esquerda, todos congestos e duros.

Cavidade thoracica: derramamento sero-sanguinolento abundante da pleura esquerda; pleurisia na base do pulmão esquerdo; congestão do lóbo inferior que apresenta um fóco de pneumonia

do tamanho de uma tangerina, em periodo de hepatisação, cinzento, e com amollecimento no centro. Fócos disseminados de broncho-pneumonia no resto do parenchyma pulmonar. Do lado direito, não ha derramamento pleural; hemorrhagia punctiforme na pleura visceral; intensa congestão do lóbo inferior do pulmão, com um grande fóco de pneumonia (hepatisação cinzenta e outra menor no lobulo medio). Coração normal. Cavidade abdominal: vascularisação intensa da serosa peritoneal; baço volumoso, congesto e fraco; figado: a superficie e o centro do parenchyma hepatico estão cheios de pequenos nodulos acinzentados do tamanho de um grão de milho ou um pouco maiores.

O exame bacteriologico directo denuncia, no interior d'estes nodulos uma grande quantidade de bacillos pestosos. (Dr. Uriarte). Rins crescidos, congestos, nephrite parenchymatosa. A mucosa do estomago congestionada, com hemorrhagias punctiformes; intestino normal.

O exame bacteriologico directo do baço e dos ganglios e as culturas dão resultados positivos. (Dr. Uriarte).

OBSERVAÇÃO 9.ª

Pneumonia pestosa secundaria

(Drs. Agote e Medina)

Ramón Ageitos, 61 annos, hespanhol, operario no caminho de ferro C. C. e R. Entrou para o hospital no dia 9 de Março de 1900 ás 3 horas da tarde.

Está doente ha trez dias com cephalalgia, calafrios repetidos, prostração, febre e tumefacção dolorosa na virilha esquerda. Bom estado de nutrição. A marcha é a de um homem bebado, e a palavra embaraçada.

Cephalalgia, dyspnéa e prostração intensa. Facies vultuosa e conjunctivas injectadas, com ligeira côr sub-icterica. Lingua saburrosa, humida, vermelha nos bórdos.

Picadas de parasitas nas duas pernas e papula com escara central na pantorrilha esquerda. Pétéchias disseminadas na parede abdominal. Bubão, do tamanho de um ôvo de gallinha, muito sen-

sivel, na virilha esquerda; engorgitamentos ganglionares, pequenos, duros, isolados, indolores, na dobra inguinal do mesmo lado; intensa lymphangite. Engorgitamentos ganglionares pequenos e indolores, na virilha direita.

Tons cardiacos muito enfraquecidos, diminuição dos silencios, pulso irregular, frequente, de fraca tensão. Ligeiro tympanismo; figado grande e doloroso; baço augmentado de volume. Sub-matidez nas duas bases pulmonares, respiração soprante na parte media do pulmão esquerdo e estertores sub-crepitantes e mucosos dos dois lados. Urina turva, com 1, 50 ‰ de albumina.

Dia 10 de Março.—O estado grave continúa; dyspnéa intensa, expectoração sanguinolenta (o exame bacteriologico directo revela coco-bacillos de Yersin. (Dr. Uriarte).

Os estertores finos se accentuaram e estão mais frequentes; a matidez pulmonar é maior.

O coração dilatado; pela inspecção e palpação não se nota o choque da ponta; ruido de galope, intermittencias, tons cardiacos enfraquecidos, o aortico quasi imperceptivel; pulso irregular e frequente. O volume do bubão está muito augmentado.

Dia 12 de Março.—Entrou em coma ás 4 horas da manhã. Intensa dyspnéa. Morreu ás 11 horas da manhã.

Autopsia.—Praticada pelo Dr. Albarracin, em presença dos Drs. Archambault, Medina, Agote, Garcia e Andreuzzi.

Ganglios do tamanho de uma nóz, amollecidos, na virilha esquerda; infiltração hemorrhagica peri-ganglionar. Ganglios pequenos, duros e congestos na virilha direita. Abdomen: hemorrhagia punctiforme no peritoneo visceral; figado grande, congesto; baço enorme, congestionado e apresentando hemorrhagias sub-capsulares; rins grandes e congestos; nephrite parenchymatosa; estomago e intestinos apresentando hemorrhagia punctiforme sub-mucosa. Thorax: pulmões congestos e edematosos, pequenos fócos de broncho-pneumonia disseminados no parenchyma pulmonar. Pequena quantidade de liquido na cavidade pericardica; excesso de gordura no pericardio e no myocardio, dilatação cardiaca; a secção deixa vêr strias amarelladas no myocardio; coagulos activos e passivos nos dous ventriculos. Atheroma da aorta, valvulas espessas e insufficientes.

OBSERVAÇÃO 10.ª

Pneumonia pestosa primitiva

(POLVERINI)

Doutor R. M. Choukar, 40 annos, director do Hospital Maharatta. Indú, 29 de Setembro de 1898. Em um periodo em que não havia muitos casos de peste, e os poucos que havia eram em fórma endemica, explodiu no Hospital Maharatta uma epidemia de peste pneumonica que atacou a quasi todo o pessoal do supradito hospital. Todos os atacados morreram e foram em numero de 12. Mencionarei, pois rapidamente, os factos principaes relativos a esta pequena epidemia, factos que têm grande importancia. Por emquanto me limitarei a dizer que o Dr. Choukar tinha tratado, nos dias 23 e 24 de Setembro, um enfermeiro do seu hospital, e, nos dias 25 e 26, um doutor assistente no hospital, ambos atacados da fórma pneumonica da peste.

Na tarde de 29 de Setembro teve calafrio seguido de febre, tendo tido pela manhã um pouco de cephalalgia e mal estar, o que, entretanto, não o impediu de fazer regularmente a visita no hospital.

Anteriormente não teve nenhuma molestia importante, a não ser algumas pequenas perturbações dependentes de um ligeiro emphysema pulmonar; levava vida morigeradissima.

Fui visital-o no dia 1.° de Outubro.

Exame objectivo.—Homem corpolento, de constituição robusta. Está plenamente consciente e tranquillo; queixa-se sómente de dôr no epigastro. Temp. 103,2 F. (39°,6 C.), pulso 132, respiração 36. Pulso pequeno, vasio, facilmente depressivel.

Cabeça.—Intelligencia integra. Leve cephalalgia. As conjunctivas não estão injectadas, as pupillas normaes. Orgãos dos sentidos perfeitos. A face não tem nenhum caracteristico especial. A lingua está abundantemente coberta de saburra, a dentadura é estragada. Sêde intensa.

Pescoço.—Curto, reforçado, nada de especial.

Thorax.—Dos symptomas subjectivos além da dyspnéa, existe

uma dôr fraca correspondente á região sternal, dôr que se continúa com a do epigastro. Esta dôr appareceu no segundo dia de molestia.

A tosse é muito frequente e com facilidade se dá a emissão do esputo, que é branco, mucoso, com strias de saugue. Pela inspecção o thorax dilata-se igualmente de ambos os lados. Não se vê o choque da ponta; pela palpação o choque da ponta não é perfeitamente percebido, de maneira que não é possivel localisal-o com exactidão; não se sentem fremitos na região precordial. Pela percussão, anteriormente, se percebe som exagerado em toda a area pulmonar, posteriormente o som está normal. O diametro obliquo do coração está nos limites normaes, o transverso está ligeiramente augmentado, chegando o extremo direito á linha sternal média. Pela auscultação, anteriormente, respiração exagerada, com alguns roncos, e alguns estertores de grandes bolhas, especialmente em cima; posteriormente, em baixo, tanto á direita como á esquerda, numerosos estertores de médias e pequenas bolhas, confluentes entre si; em cima alguns estertores aqui e acolá. Os tons do coração se sentem fracamente, mas parecem claros; na base se sente um rumor aspero de attrito, que, por todos os seus caracteres, é, sem duvida, rumor pericardico.

Abdomen.—Dôr pungitiva muito intensa no epigastro. Elasticidade normal. Na região illiaca esquerda se provoca dôr á pressão. O figado está nos limites normaes, o baço um pouco crescido.

A micção é normal, existe ligeira tendencia á diarrhéa.

Membros.—Nada de especial. Não ha nenhum signal de bubão nas regiões em que estes, geralmente, se acham, nem em outra qualquer parte do corpo. Não pude fazer o exame da urina.

Esputo.—Com o simples exame directo (coloração pelo azul de methyleno) vê-se um grande numero de bacillos caracteristicos da peste; nenhuma outra bacteria se vê corada. Além de globulos brancos, e no muco, tambem existem globulos vermelhos em quantidade.

Marcha da molestia.—Até a tarde de 1.º de Outubro as condições do doente permaneceram as mesmas, parecia no conjuncto um doente sem gravidade, e se não fosse o especial achado microscopico, podia-se com muita probabilidade dizer que se tratava de uma broncho-

pneumonia simples pois que não havia bubão. A unica cousa que podia fazer suspeitar era a complicação para o lado do pericardio, porque, si a pericardite existe algumas vezes nas pneumonias de outra natureza, na pneumonia pestosa primitiva se acha, talvez, um pouco mais frequentemente.

Na tarde de 1.º de Outubro a temperatura subiu consideravelmente (105°,3 F., 40°,8 C.) e o doente delirou toda a noite, agitadissimo.

Eu o vi na manhã seguinte, e, comquanto não tivesse tido tempo de aprofundar muito o exame, achei que, tanto para o lado do apparelho respiratorio como da pericardite, não havia differença notavel do dia precedente. Sómente a dyspnéa tinha augmentado consideravelmente. A tosse persistia insistente, mas o enfermo não estava no caso de expellir o esputo. Jazia inconsciente, e em coma, o pulso filiforme era de 172 pulsações por minuto. A peiora sobrevinda em um dia era verdadeiramente extraordinaria. Estando o doente em casa e os parentes tendo-se opposto não pude fazer o exame do sangue. O pobre doutor morreu ás 4 horas da tarde de 2 de Outubro. Até o momento da morte, em nenhuma parte do corpo se tinha descoberto a presença de bubões.

OBSERVAÇÃO 11.ª

Pneumonia pestosa primitiva

(POLVERINI)

Jau Mahomed, negociante, 37 annos, mahometano.

Está doente ha um dia. Em completo bem estar percebeu uma manhã ligeira tumefacção na região femoral direita, e, na tarde do mesmo dia, foi accommettido de febre muito alta, não precedida de calafrio. A febre não mais o abandonou durante toda a noite, que passou muito agitado, em estado de sub-delirio; pelas duas horas da tarde, a estes symptomas ajuntou-se tosse, a qual, pela manhã, quando tive occasião de visital-o, já era muito insistente.

Exame objectivo.—Homem de constituição robustissima, estado

geral da nutrição excellente. Pelle secca. Decubito indifferente, grande agitação.

Temperatura 103, 6 F. (39, 7 C.), respiração 62, pulso 94, cheio, apressado, regular.

Cabeça.—A intelligencia não está perfeitamente integra, ás vezes o doente responde coherentemente ás perguntas que lhe são feitas, outras vezes não, mostrando-se o mais das vezes como que aborrecido e nada responde.

Accusa dôr fórte na região frontal. As conjunctivas estão um pouco injectadas, as pupillas normaes e reagem bem. A lingua, secca, ligeiramente coberta de saburra esbranquiçada; o doente bebe continuamente.

Pescoço.—Grosso, reforçado, vendo-se claramente o choque carotidiano; nada mais de notavel.

Thorax.—Não existe dôr em nenhuma parte do thorax; dyspnéa, tosse frequente, não muito fatigante. A expectoração, pouco abundante, é quasi exclusivamente composta de saliva, pouco muco, sem coloração especial. A respiração é igual de ambos os lados, não é visivel o choque da ponta. Pela palpação nada se verifica de especial. A percussão, tanto do apparelho respiratorio, como do coração, nada revela de anormal. Os diametros do coração estão nos limites physiologicos.

Pela auscultação, anteriormente, respiração anormal e tons cardiacos claros; posteriormente, á esquerda, murmurio vesicular normal; á direita, para cima, perto da espinha do omoplata, existe uma area na qual se ouvem numerosos estertores bronchiaes de médias e de pequenas bolhas, que, especialmente no centro da area, de cerca de 4 centimetros de diametro, estão agrupados e consoantes. Em de redor e um pouco no lóbo inferior ouvem-se, esparsos aqui e alli, estertores humidos, especialmente de grandes e de médias bolhas.

Abdomen.—Normal á palpação. Nenhuma dôr subjectiva.

De vez em quando, ha esforços de vomitos, provocados pela tosse, que não acarretam, entretanto, grande perturbação.

O estomago, o figado e o baço estão nos limites normaes; tem diarrhéa, provocada por um purgativo subministrado nas primeiras horas da manhã.

As fézes, em parte liquidas, em parte solidas, não têm nenhum caracteristico especial.

Membros.--Na região femoral direita existe um pequeno bubão, um pouco profundo, excessivamente doloroso á palpação, sem infiltração circumvisinha.

Não pude fazer o exame do sangue, nem da urina.

Marcha da molestia.--O doente, á tarde e na manhã seguinte, parecia muito melhor: a temperatura tinha baixado sensivelmente, 100, 2 F. (37, 9 C.), tinham cessado a agitação e o sub-delirio.

Com esta melhora apparente contrastavam as condições do apparelho respiratorio. A dyspnéa não tinha augmentado, mas a tosse tinha-se tornado muito mais insistente e o esputo tinha tomado muito mais a apparencia catarrhal, era abundante e manchado de sangue. Pelo facto de ver assim sensivelmente melhoradas as condições do doente, tendo-me surgido a duvida de que se podia tratar de uma simples bronchite, coincidindo accidentalmente com uma fórma branda da peste, tomei o esputo para examinar. O simples exame microscopico mostrou, indubitavelmente, o mesmo que se acha, quasi sempre, nos casos de peste pneumonica: isto é, enorme quantidade de bacillos da peste, como em cultura pura, podendo-se por acaso ver qualquer outra bacteria.

Depois d'isto tornou-se seguro o diagnostico, e tambem certo o prognostico fatal.

No dia seguinte as condições geraes, a temperatura, estavam sempre estacionarias e relativamente bôas, os esforços de vomito, que, ás vezes, acompanhavam a tosse, tinham totalmente desapparecido. As condições do apparelho respiratorio eram as seguintes: pela percussão, posteriormente, á direita, na região sub-espinhosa, para a linha para-vertebral, notava-se hypophonesi bastante accentuada.

A zona hypophonetica tinha uma extensão de, mais ou menos, 4 centimetros de diametro e em torno d'ella o som era normal e ligeiramente hyperphonetico; no restante da area pulmonar o som era normal.

Pela auscultação, além de numerosos estertores confluentes, ouvia-se tambem a respiração soprante e correspondente á zona

da hypophonesi, e em todo o resto da area pulmonar posterior direita se ouvia um numero muito maior de estertores de pequenas e médias bolhas, que eram muito mais numerosos na região inferior. Á esquerda apenas alguns estertores humidos, na região postero-inferior.

No quinto dia de molestia as condições do doente tinham-se consideravelmente aggravado.

A temperatura tinha subido a 104,0 F. (40°,0 C.) respiração a 40, as pulsações a 142, pulso pequeno, vasio, facilmente compressivel. O diametro transverso do coração tinha augmentado, chegando além da linha sternal média. As condições do apparelho respiratorio estavam estacionarias, sómente o numero de estertores de médias e pequenas bolhas tinha augmentado sensivelmente em baixo, á esquerda; o esputo mantinha-se sempre com caracter catarrhal. O doente estava perfeitamente consciente, comquanto novamente agitado. O bubão, que estava sendo tratado localmente com gelo, não mostrava variação de tamanho. Para a tarde augmentou notavelmente a dyspnéa, as condições do pulso tornaram-se peiores, e o doente morreu á noite.

Foi tratado com o sôro de Lustig, mas sómente se produziram melhoras temporarias depois de cada injecção.

OBSERVAÇÃO 12.ª

Pneumonia pestosa primitiva

(Tchistowitch)

Catharina Semekine, 54 annos.

Contrahiu a infecção quando tratava do marido.

No dia 18 de Agosto de 1899 sentiu-se prostrada, com febre de 38°, 9. Nos tres dias subsequentes a temperatura se manteve normal, não havendo perturbação outra senão fraca cephalalgia.

No dia 20 a febre reappareceu, sendo precedida de calafrio, e subiu a 39°, 1, depois a 40° 0, as pulsações variaram de 104 a 112 por minuto; ao mesmo tempo manifestaram-se dores no peito e na espadua esquerda, cahindo a doente em estado semi-comatoso.

Dia 21 de Agosto, pela manhã: temperatura 39°, 8, pulso 120.

Dia 21 de Agosto, á tarde: temperatura 40°, 4, pulso 140.

Appareceram pétéchias pelo corpo, e pela auscultação verificaram-se estertores nos pulmões.

A doente queixava-se de dores fórtes na região sterno-cleido-mastoidéa.

Falleceu a 22 de Agosto.

O exame bacteriologico (microscopico, cultural e biologico), que foi feito em Astrakan e confirmado em Crownstadt, demonstrou tratar-se de um violentissimo caso de peste, sob a fórma pneumonica.

A necroscopia (relatorio do Proffessor LEVINE) mostrou: derramamento sero-sanguinolento na pleura esquerda, e ecchymoses na pleura e no pericardio; fócos hemorrhagicos e edema no tecido cellular do mediastino.

Lóbo inferior do pulmão esquerdo endurecido, com pequenos e confluentes derramens hemorrhagicos e gelatinosos; os ganglios trachéo-bronchiaes se achavam hypertrophiados e amollecidos, bem como encontravam-se um pouco crescidos os cervicaes, axillares, retro-peritoneaes e femoro-inguinaes, especialmente á esquerda; no maior dos ganglios femoraes havia dous fócos de necrose; baço hypertrophiado e congesto; figado volumoso e amollecido, com dous fócos hemorrhagicos no ligamento suspensor.

Nenhuma modificação notavel nos outros orgãos.

Este é um caso clinicamente importante pelos symptomas prodromicos que duraram tres dias.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

CHIMICA MEDICA

I

Descoberto por Baumann, o sulfonal é uma substancia soporifica que se obtem oxydando a acetona ethyl-mercaptól pelo permanganato de potassio.

II

Não tem cheiro nem sabor, é soluvel na agua e mais no alcool.

III

É empregado como hypnotico, na dóse de uma a duas grammas.

HISTORIA NATURAL MEDICA

I

O bacillo da peste é um organismo aerobio.

II

Este germen cultiva-se bem nos meios habituaes.

III

Quando em cultura o germen da peste é dotado do polymorphismo.

ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

Situados no abdomen, immediatamente acima da porção média da arcada femoral, os ganglios illiacos externos são, ordinariamente, em numero de tres.

II

Elles occupam a seguinte posição: um, o ganglio externo, está ao lado externo da arteria illiaca externa; o outro, ganglio interno, está ao lado interno da veia illiaca externa; o terceiro, ganglio médio, está na face anterior dos dous vasos.

III

Esses ganglios recebem tres ordens de vasos lymphaticos, a saber: os lymphaticos efferentes dos ganglios inguinaes, os lymphaticos epigastricos e os lymphaticos circumflexos illiacos.

HISTOLOGIA

I

As paredes alveolares dos pulmões comprehendem, na sua estructura, o arcabouço, o epithelio e os capillares.

II

O arcabouço é formado de uma membrana propria e de fibras elasticas.

III

O epithelio é formado de cellulas que se compõem de duas partes: uma parte granulosa, mais espessa, e uma parte transparente, delgada e mais extensa.

PHYSIOLOGIA THEORICA E EXPERIMENTAL

I

A frequencia dos movimentos respiratorios com relação ao pulso está na proporção de 1 para 4.

II

Quasi todas as circumstancias que podem produzir a acceleração dos batimentos cardiacos tambem podem precipitar os movimentos respiratorios.

III

Ainda mesmo quando accelerados a respiração e o pulso, existe approximadamente a proporção de 1 para 4.

BACTERIOLOGIA

I

O bacillo da peste é encontrado em grande abundancia, só ou acompanhado do streptococco e do pneumococco, no esputo dos pneumonicos pestilentos.

II

O diagnostico d'esse bacillo não póde ser attestado com segurança absoluta sómente pelo exame microscopico.

III

Na saliva encontram-se germens que apresentam caracteres morphologicos muito semelhantes aos do bacillo da peste.

PATHOLOGIA CIRURGICA

I

Do ponto de vista cirurgico, a tuberculose renal se traduz por perturbações da micção e presença de tumor lombar.

II

As perturbações da micção nem sempre são caracteristicas podendo ter origem n'uma lesão da bexiga ou da prostata.

III

A intervenção cirurgica radical nos casos de tuberculose do rim só é justificada quando existe apreciavel tumor da região lombar, na falta de signaes de generalisação tuberculosa, e com a noção da integridade e perfeito funccionamento do outro rim.

PATHOLOGIA MEDICA

I

A pneumonia lobar ou fibrinosa é produzida pelo diplococco de Talamon e Fraenkel.

II

É o pulmão direito o mais frequentemente atacado, na proporção de 3 para 2 (Lebert).

III

A pneumonia póde ser unilateral ou dupla, segundo Grisolle, na proporção de 8 para 1.

ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

As lesões encontradas na pneumonia pestilenta são muito semelhantes ás da broncho-pneumonia.

II

Em geral se localisam na parte inferior e posterior de um ou dos dois pulmões.

III

Ainda que raramente, tem-se verificado o comprometti-mento da pleura nos casos de peste do pulmão.

CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

No curso da serotherapia anti-pestosa póde-se verificar o apparecimento de exanthemas.

II

Na grande maioria dos casos é observado o erythema polymorpho pruriginoso.

III

Sem apresentar nenhuma gravidade elles desapparecem com o emprego da medicação adequada.

MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

N'uma fórmula distingue-se: a base, o adjuvante, o correctivo, o vehiculo e o intermedio.

II

A base é a substancia mais activa, o principal agente do medicamento.

III

Dividem-se as bases em simples e compostas.

OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

A nephrectomia é a operação que tem por fim extirpar o rim.

II

Póde-se fazel-a por via lombar, por via abdominal, anterior ou lateral e ainda por via lombo-abdominal.

III

As duas ultimas são transperitoneaes.

ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

Profundamente situado aos lados da columna vertebral, os rins são envolvidos de uma camada cellulo-gordurosa muito abundante.

II

O peritoneo não adhère á superficie dos rins, razão pela qual se poderá penetrar no interior d'esses orgãos sem abrir a cavidade serosa.

III

A situação sub-peritoneal dos rins é facto de grande importancia clinica nas affecções do orgão.

THERAPEUTICA

I

A sòrotherapia é a unica medicação de valor no tratamento da peste.

II

As dóses de sôro a empregar devem ser massiças.

III

A melhor via de introducção do sôro anti-pestoso é a via endo-venosa.

CLINICA CIRURGICA (2.ª Cadeira)

I

A via lombar para a extirpação do rim convém especialmente nos casos em que o orgão não perdeu a situação normal.

II

As condições essenciaes para que se possa fazer uma nephrectomia são: 1.º a existencia d'um outro rim; 2.º, a integridade d'este rim.

III

As estatisticas actuaes dão para todas as nephrectomias uma mortalidade bruta de 24 %.

CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

A vista é dos orgãos dos sentidos o mais gravemente atacado na peste.

II

A perturbação mais commum é a conjunctivite, que cede com a antisepsia local.

III

Outras alterações mais graves têm sido observadas: keratite, hypopion, etc.

CLINICA PROPEDEUTICA

I

Varias são as circumstancias em que se observa a lentidão do pulso, pulso raro.

II

Na stenose do orificio aortico, o pulso é, em geral, retardado.

III

Na opinião de TRAUBE este facto é o resultado da anemia das arterias coronarias, e, consequentemente, do musculo cardiaco.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I

A nephrectomia abdominal differe da lombar não só pela séde da incisão, como tambem pela abertura da cavidade peritoneal.

II

Ella é preferivel á nephrectomia lombar nos casos de rim fluctuante e de tumor muito volumoso.

III

A observação tem demonstrado a muito maior gravidade das nephrectomias transperitoneaes.

CLINICA PEDIATRICA

I

A pneumonia é frequente nas creanças.

II

Ella é particularmente observada nas idades de dous a seis annos.

III

Nas creanças o prognostico d'essa affecção é mais benigno do que nos adultos.

CLINICA MEDICA (2.ª Cadeira)

I

As modificações da respiração são constantemente observadas em qualquer variedade da peste.

II

As alterações da respiração consistem na frequencia dos movimentos respiratorios, na maioria dos casos em relação com o pulso e com a temperatura.

III

A's vezes, porém, tem-se observado intensa dyspnéa com ausencia da febre e das alterações do pulso.

HYGIENE

I

O sôro anti-pestoso confere immediata immunisação contra a peste.

II

Esta immunidade dura até 10 dias.

III

Este meio de precaução contra a peste deve ser empregado em todos aquelles que estiverem em contacto com fócos pestilenciaes.

MEDICINA LEGAL E TOXICOLOGIA

I

Sob o nome de morte subita comprehendem-se os casos em que a morte se dá mais ou menos rapidamente, mas de maneira imprevista.

II

Todas as vezes que um individuo succumbe em taes condições póde-se suspeitar a existencia de um crime, e a autopsia do cadaver é indispensavel.

III

Tem-se observados, em varias epidemias de peste, verdadeiros casos de morte subita.

CLINICA MEDICA (1.ª CADEIRA)

I

As perturbações do apparelho circulatorio são sempre observadas na peste.

II

Na infecção pestilenta nem sempre estão de accordo o pulso e a temperatura.

III

A acceleração notavel do pulso acompanhada de hypothermia faz prever sombrio prognostico.

OBSTETRICIA

I

A versão é a operação que tem por fim melhorar a apresentação do féto.

II

Póde-se executal-a de duas maneiras: exteriormente e interiormente.

III

Quando se ajuntam as manobras externas ás internas temos a versão mixta.

CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

Varios são os accidentes que podem occorrer no acto do delivramento.

II

D'elles um dos mais graves é a inercia uterina.

III

Dous grandes signaes caracterisam a inercia uterina: a molleza do utero, normalmente duro, e o corrimento sanguinolento.

CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

Em qualquer variedade da infecção pestilenta o delirio póde ser observado.

II

Em geral, ainda que com raras excepções, o desappareci-mento do delirio coincide com a queda da temperatura.

III

Têm sido notados alguns casos de loucura consecutiva á infecção pestosa.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, em 26 de Setembro de 1906.

O Sub-Secretario,

Dr. Matheus Vaz de Oliveira.